



## **ESTUDO DE CASO**

### **A CONTRATUALIZAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO:**

### **O CASO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO ACES BAIXO MONDEGO**

**Sandra Isabel Silva**

Projeto realizado no Mestrado em Controlo de Gestão

**Coimbra, 15 de abril de 2016**

## **ESTUDO DE CASO**

### **A CONTRATUALIZAÇÃO DE METAS DE DESEMPENHO:**

### **O CASO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO ACES BAIXO MONDEGO**

**Sandra Isabel Silva**

Este trabalho foi realizado pela aluna Sandra Isabel Silva, n.º 13909, sob orientação de Dra. Lúcia Maria Rodrigues dos Santos, para obtenção do grau de Mestre em Controlo de Gestão, lecionado no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra.

**Coimbra, 15 de abril de 2016**

*“Põe quanto és no mínimo que fazes”*

Ricardo Reis (heterónimo de Fernando Pessoa)

## **Agradecimentos**

Embora este Trabalho de Projeto tenha sido um trabalho individual, muitos foram aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que mais uma etapa da minha vida se concretizasse. Por essa razão, quero expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Dra. Lúcia Santos, pelo incentivo, estímulo e conselhos.

À Dra. Patrícia Antunes do Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro, pela sua disponibilidade.

Aos meus amigos, em especial ao Ricky, pelo apoio e motivação.

Ao Mário, pela paciência e encorajamento.

À minha família por toda a compreensão.

À minha mãe, que é e sempre será a minha maior e mais bonita inspiração.

## Índice

ÍNDICE DE QUADROS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	VIII
LISTA DE SIGLAS .....	X
GLOSSÁRIO .....	XII
RESUMO .....	XIV
ABSTRACT.....	XV
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
1.1. O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ...	5
1.1.1. O Sistema de Saúde Português de 1971 a 2005.....	6
1.1.1.1. As décadas de 70 e 80.....	7
1.1.1.2. A década de 90 .....	7
1.1.1.3. O período 2002 - 2005 .....	10
1.1.2. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários .....	12
1.1.2.1. Reorganização da Administração Regional e Local .....	13
1.1.2.2. Novo modelo de gestão .....	17
1.1.2.3. Governação clínica e de saúde .....	19
1.2. A CONTRATUALIZAÇÃO.....	22
1.2.1. No setor da saúde .....	22
1.2.2. No sistema de saúde português.....	26
1.2.3. Princípios gerais .....	29
1.2.4. Processo e metodologia .....	30
1.2.5. Indicadores .....	36
1.2.5.1. Indicadores de gestão .....	36
1.2.5.2. Indicadores de saúde .....	39
1.2.6. Incentivos .....	43
<b>CAPÍTULO II – AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>46</b>
2.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS .....	46
2.2. CONTRATUALIZAÇÃO DE INDICADORES PARA ATRIBUIÇÃO DE INCENTIVOS .....	51
2.2.1. Métrica dos indicadores contratualizados .....	54
2.2.1.1. Métrica dos indicadores para atribuição de incentivos institucionais.....	55
2.2.1.2. Métrica dos indicadores para atribuição de incentivos financeiros.....	57
2.3. SISTEMA REMUNERATÓRIO E DE INCENTIVOS .....	58
2.3.1. Remuneração dos profissionais de saúde .....	59

2.3.2.	O valor dos incentivos .....	59
2.4.	ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA E AS USF .....	60
<b>CAPÍTULO III – OBJETIVOS E METODOLOGIA.....</b>		<b>62</b>
3.1.	JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	62
3.2.	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	64
3.3.	OBJETIVOS.....	64
3.3.1.	Objetivo geral .....	64
3.3.2.	Objetivos específicos.....	65
3.4.	METODOLOGIA.....	65
<b>CAPÍTULO IV – O ESTUDO DE CASO .....</b>		<b>68</b>
4.1.	PRINCIPAIS CONTRARIEDADES E LIMITAÇÕES À REALIZAÇÃO DO TRABALHO .....	68
4.2.	DEFINIÇÃO DA AMOSTRA .....	69
4.3.	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	72
4.4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS .....	73
4.4.1.	Indicadores, metas e resultados – ano 2012 .....	75
4.4.1.1.	Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B	75
4.4.1.2.	Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B.....	81
4.4.2.	Indicadores, metas e resultados – ano 2013 .....	84
4.4.2.1.	Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B	84
4.4.2.2.	Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B.....	93
4.4.3.	Indicadores, metas e resultados – ano 2014 .....	96
4.4.3.1.	Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B	96
4.4.3.2.	Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B.....	116
4.5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	119
<b>CONCLUSÃO .....</b>		<b>129</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		133
LEGISLAÇÃO .....		140
WEBGRAFIA.....		143
ANEXOS.....		144

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> A evolução histórica do sistema de saúde português .....	6
<b>Quadro 2:</b> As medidas da Reforma Hospitalar.....	11
<b>Quadro 3:</b> A Missão para os Cuidados de Saúde Primários.....	12
<b>Quadro 4:</b> O novo desenho organizacional da administração regional e local .....	13
<b>Quadro 5:</b> As medidas para a Fase II da RCSP .....	16
<b>Quadro 6:</b> Principais características e limites do modelo burocrático de Weber .....	17
<b>Quadro 7:</b> A nova gestão pública - caracterização .....	18
<b>Quadro 8:</b> O novo modelo de gestão adotado pelo SNS - elementos.....	19
<b>Quadro 9:</b> Métodos e instrumentos da governação clínica e de saúde .....	21
<b>Quadro 10:</b> As particularidades da Contratualização.....	24
<b>Quadro 11:</b> Missão e funções das Agências de Contratualização.....	26
<b>Quadro 12:</b> Aspetos fundamentais da estrutura da administração contratual do SNS.....	28
<b>Quadro 13:</b> O renascimento da contratualização no contexto da RCSP .....	29
<b>Quadro 14:</b> Objetivos gerais e medidas do processo de contratualização .....	30
<b>Quadro 15:</b> Os intervenientes no processo de contratualização .....	32
<b>Quadro 16:</b> As fases do processo de contratualização.....	32
<b>Quadro 17:</b> Etapas da gestão estratégica (Continua).....	33
<b>Quadro 18:</b> Etapas da gestão estratégica (Continuação).....	34
<b>Quadro 19:</b> Características e objetivos dos instrumentos formais do processo de contratualização .....	35
<b>Quadro 20:</b> As qualidades dos indicadores.....	36
<b>Quadro 21:</b> As qualidades dos indicadores (Continuação).....	37

<b>Quadro 22:</b> Classificação dos indicadores .....	37
<b>Quadro 23:</b> Classificação dos indicadores (continuação) .....	38
<b>Quadro 24:</b> Grupo de indicadores de saúde .....	39
<b>Quadro 25:</b> Grupo de indicadores de saúde (Continuação) .....	40
<b>Quadro 26:</b> Os sete pilares da Qualidade .....	41
<b>Quadro 27:</b> Fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde .....	42
<b>Quadro 28:</b> Normativos das USF .....	46
<b>Quadro 29:</b> As Unidades de Saúde Familiar – características gerais.....	46
<b>Quadro 30:</b> Os modelos de desenvolvimento das USF .....	48
<b>Quadro 31:</b> Carteiras de serviços das USF .....	50
<b>Quadro 32:</b> Pontos fortes da implementação das USF .....	50
<b>Quadro 33:</b> A contratualização de indicadores .....	53
<b>Quadro 34:</b> Métrica das metas contratualizadas para atribuição de incentivos institucionais...	55
<b>Quadro 35:</b> Atribuição de 100% de incentivos institucionais .....	55
<b>Quadro 36:</b> Atribuição de 50% de incentivos institucionais .....	56
<b>Quadro 37:</b> Métrica de avaliação das metas contratualizadas para atribuição de incentivos financeiros .....	57
<b>Quadro 38:</b> Atribuição de 100% de incentivos financeiros.....	57
<b>Quadro 39:</b> Atribuição de 50% de incentivos financeiros.....	57
<b>Quadro 40:</b> Modalidades de incentivos das USF .....	58
<b>Quadro 41:</b> Remunerações e incentivos dos profissionais .....	59
<b>Quadro 42:</b> Valor dos incentivos institucionais.....	60
<b>Quadro 43:</b> Alinhamento entre a contratualização interna e as USF.....	61



<b>Quadro 44:</b> Definição da amostra do estudo.....	70
<b>Quadro 45:</b> Características da amostra para o triênio em estudo .....	71
<b>Quadro 46:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2012 .....	79
<b>Quadro 47:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2013 .....	90
<b>Quadro 48:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional .....	99
<b>Quadro 49:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional .....	100
<b>Quadro 50:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional .....	101
<b>Quadro 51:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Regional .....	105
<b>Quadro 52:</b> Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Local (Modelo A) .....	111

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> Estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde .....	14
<b>Figura 2:</b> O modelo de contratualização externa e interna .....	31

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 - USF Modelo A e Modelo B.....	76
<b>Tabela 2:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2012 - USF Modelo B.....	81
<b>Tabela 3:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 - USF Modelo A e Modelo B.....	86
<b>Tabela 4:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2013 - USF Modelo B.....	93
<b>Tabela 5:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Nacional.....	97
<b>Tabela 6:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Regional.....	103

<b>Tabela 7:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Local (ACES) .....	107
<b>Tabela 8:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A) – Eixo Local (USF) .....	109
<b>Tabela 9:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo B) – Eixo Local (USF) .....	112
<b>Tabela 10:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2014 - USF Modelo B.....	116

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Indicadores de Acesso e de Desempenho Assistencial para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 - Comparação entre USF Modelo A e USF Modelo B .....	77
<b>Gráfico 2:</b> Indicadores, metas e resultados de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 – Comparação entre USF Modelo A e Modelo B.....	78
<b>Gráfico 3:</b> Variação da área dos indicadores – Modelos USF A e B (2012).....	80
<b>Gráfico 4:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2012 – USF Modelo B .....	82
<b>Gráfico 5:</b> Indicadores de Acesso e Desempenho Assistencial para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 – Comparação entre USF Modelo A e USF Modelo B.....	87
<b>Gráfico 6:</b> Indicadores, metas e resultados de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 – Comparação entre USF Modelo A e Modelo B.....	88
<b>Gráfico 7:</b> Variação da área dos indicadores – Modelos USF A e B (2013) .....	92
<b>Gráfico 8:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2013 – USF Modelo B .....	94
<b>Gráfico 9:</b> Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014 – Eixo Nacional- Modelos A e B.....	98
<b>Gráfico 10:</b> Indicadores de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Nacional – USF Modelo A e Modelo B.....	99

<b>Gráfico 11:</b> Variação da área dos indicadores – Eixo nacional – Modelos USF A e B (2014)	101
<b>Gráfico 12:</b> Indicadores desempenho assistencial e de caracterização para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Regional 2014 – USF Modelos A e B .....	104
<b>Gráfico 13:</b> Variação da área dos indicadores – Eixo regional – Modelos USF A e B (2014).	106
<b>Gráfico 14:</b> Indicadores de desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (ACES) – USF Modelos A e B.....	107
<b>Gráfico 15:</b> Variação da área dos indicadores – Eixo local (ACES) – Modelos USF A e B (2014) .....	108
<b>Gráfico 16:</b> Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (USF) – Modelo A.....	110
<b>Gráfico 17:</b> Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (USF) – Modelo B.....	113
<b>Gráfico 18:</b> Variação da área dos indicadores – Eixo Local – Modelos USF A e B (2014).....	115
<b>Gráfico 19:</b> Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2014 - USF Modelo B.....	117

## Índice de Anexos

ANEXO I – Tabelas USF Modelo A, relativos a indicadores institucionais 2012.....	146
ANEXO II - Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores institucionais 2012.....	151
ANEXO III - Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores financeiros 2012.....	154
ANEXO IV - Tabelas USF Modelo A, relativos a indicadores institucionais 2013.....	158
ANEXO V - Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores institucionais 2013.....	162
ANEXO VI – Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores financeiros 2013.....	166
ANEXO VII – Tabelas USF Modelo A, relativos a indicadores institucionais 2014.....	170
ANEXO VIII - Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores institucionais 2014.....	182
ANEXO IX - Tabelas USF Modelo B, relativos a indicadores financeiros 2014.....	194

## **Lista de siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES Baixo Mondego – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS Centro – Administração Regional de Saúde do Centro

CS – Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CRP - Constituição da República Portuguesa

DCARS – Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde do Centro

DGS – Direção Geral de Saúde

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

GC - Governação Clínica

GCRCSP - Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

IDG - Índice de Desempenho Global

IMC – Índice de Massa Corporal

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Mim@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NOC - Normas de Orientação Clínica

NPM - New Public Management

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PVP – Preço de Venda ao Público

RCSP – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

SI – Código SIARS

SIARS - Sistema de Informação e Monitorização das Administrações Regionais de Saúde

SICA - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP - Sistema de Saúde Português

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades funcionais

UP – Unidades Ponderadas

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

## Glossário

**Accountability** - responsabilidade com ética e que remete à obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

**Associativismo/corporativismo** – agrupamentos de organizações patronais ou trabalhistas que defendem, seja no âmbito nacional, regional e local, os interesses de determinado grupo profissional e económico.

**Benchmarking** – é o processo de localizar um padrão de excelência que deve ser identificado, conhecido, copiado e ultrapassado. Este padrão pode ser interno (de outro departamento, por exemplo) ou externo (uma empresa concorrente), servindo como guia de referência e para se aprender com ele.

**Cuidados de saúde secundários** – envolvem essencialmente o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças. Neste tipo de cuidados o utente realiza exames complementares de diagnóstico visando efetuar os *check up's* necessários e rastrear eventuais complicações. Detetada a doença e depois de diagnosticada, o utente pode manter o acompanhamento médico nos cuidados de saúde primários, quando não exista gravidade que exija cuidados de saúde especializados.

**Custo-efetividade** – supõe uma escolha entre intervenções, assumindo a escassez de recursos. No setor da saúde, as consequências das alternativas de procedimentos ou programas sob comparação geralmente referem-se a um único efeito de saúde de interesse (como por exemplo a morbilidade ou mortalidade) que é atingido em diferentes graus pelas opções comparadas e é medido em unidades naturais como o número de mortes evitadas ou o número de anos de vida ganho. Os custos das alternativas são medidos em unidades monetárias.

**Empowerment** – significa descentralização de poderes sugerindo uma maior participação dos trabalhadores neste caso, os utentes, nas atividades da organização, ao lhes ser dada maior autonomia de decisão e responsabilidades.

**Exame de HbA1C** – exame usado para o diagnóstico da diabetes e para ajudar no seu acompanhamento e tratamento.

**Morbilidade** - taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

**Processo de acreditação** – é o reconhecimento formal por um organismo independente especializado em normas técnicas daquele setor de que uma instituição atende a requisitos previamente definidos e demonstra ser competente para realizar as suas atividades com segurança.

**Objetivos SMART:** *Specific* –específicos, concretos e precisos; *Measurable* – visíveis e mensuráveis; *Achievable* – exequíveis, realistas e atingíveis; *Relevant* – relevantes e fazem sentido para profissionais, utentes e responsáveis pela gestão do sistema de saúde; *Time* – são objeto de definição de um prazo para a sua execução.

**Unidades ponderadas** – representam o utente. Nas USF, o número de crianças até aos 6 anos são ponderadas ou multiplicadas pelo fator 1,5; o número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é ponderado/multiplicado pelo fator 2; e o número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo fator 2,5.

## **Resumo**

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciada em Portugal no ano de 2005, implementou várias medidas no sentido de atingir melhores resultados em saúde com maior eficiência, dentre as quais se destacou o processo de contratualização (Afonso, 2010).

As metas de desempenho contratualizadas com as Unidades de Saúde Familiar (USF) devem procurar garantir o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, visando a obtenção de ganhos em saúde e premiar o esforço e desempenho destas unidades com a atribuição de incentivos (Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro).

As USF são organizadas em diferentes modelos organizacionais, com diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva e de incentivos.

Neste estudo de caso foi definido como objetivo geral comparar dois modelos USF do tipo A e tipo B, inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego da Administração Regional de Saúde do Centro, analisando as metas e os resultados dos indicadores contratualizados no triénio 2012 – 2014, nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência.

Os principais resultados desta investigação permitem concluir que nos anos 2012 e 2013, o modelo B obteve um melhor desempenho nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência. No que se refere a 2014, o modelo A revelou um desempenho superior em termos de acessibilidade e de desempenho assistencial.

Os resultados apontam ainda para a evidência de indicadores com capacidade de influenciar o desempenho dos dois modelos.

**Palavras-chave:** USF, contratualização, desempenho, indicadores, metas, Reforma dos Cuidados de Saúde Primários



## ***Abstract***

The Primary Health Care Reform, that started in Portugal in 2005, has implemented several measures to achieve better health outcomes with greater efficiency, among them the contracting process stood out (Afonso, 2010).

Performance targets contracted with Family Health Units (FHU) should seek to ensure the necessary balance between demand and feasibility, in order to obtain health gains and reward the effort and performance of these units with incentives (Decree No. 377-A/2013, December 30).

The FHU are organized in different organizational models, with different levels of autonomy, which correspond to different degrees of risk sharing and retributive compensation and incentives.

In this case study, it was defined as an overall objective to compare two FHU models of type A and type B, inserted in the Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego of the Central Regional Health Authority, analysing the goals and results of contracted indicators between 2012 and 2014, regarding sectors such as accessibility, care performance and efficiency.

The main results of this research determine that in the years 2012 and 2013, the type B model achieved a better performance in accessibility, care performance and efficiency. Regarding the year 2014, type A model indicated a higher performance in terms of accessibility and care performance.

The results also show evidence of indicators with the ability to influence the performance of the two models.

**Keywords:** FHU, contracting, performance, indicators, targets, Primary Health Care Reform.

## INTRODUÇÃO

A estrutura sustentada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) sempre constituiu uma preocupação para o Estado Português, uma vez que é da sua responsabilidade a proteção da saúde individual e coletiva, através de cuidados integrados de saúde. Nesse sentido, a sua atuação incide na promoção e na vigilância da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico e no tratamento dos doentes, bem como na reabilitação médica e social.

Considerando esta conjuntura, houve necessidade de criar sistemas de saúde assentes numa estrutura sólida de Cuidados de Saúde Primários (CSP), os quais revelam ser mais custo-efetivos, apresentam maior equidade e resultam em melhores níveis de saúde e satisfação das populações (Biscaia *et al.*, 2008).

Unanimemente considerados como uma das pedras basilares dos sistemas de saúde, os CSP consistem num contacto de primeira linha entre o cidadão e o sistema de saúde, pelo que são, inevitavelmente, vistos como o ativo desse sistema que mais poderá contribuir para o bem-estar económico e social (Grande, 2000).

A RCSP iniciada em Portugal em 2005 consistiu numa grande reestruturação na administração pública, particularmente no setor da saúde, introduzindo a contratualização como um dos princípios enquadramentos (Biscaia e Amorim, 2013).

Constituindo o novo modelo de relacionamento na administração pública, a contratualização visa um compromisso de resultados, contextualizando recursos e necessidades em saúde, com funções de monitorização, acompanhamento e avaliação explícitas (Biscaia e Amorim, 2013).

Outro fruto vital da RCSP refletiu-se na criação das USF as quais consistem na sua face mais visível devido, particularmente, à possibilidade de alargamento da cobertura populacional (Miguel e Brito de Sá, 2010).

As USF consistem em unidades de prestação de cuidados de saúde com uma missão explícita evidenciada no cumprimento da carteira básica de serviços, com autonomia organizacional, funcional e técnica, sustentadas num quadro de contratualização interna (Despacho nº 24 100/2007, de 22 de outubro). O qual se baseia em indicadores de processo e de resultado e num sistema retributivo que premeia a produtividade, a acessibilidade e a qualidade.

Por razões conjunturais ou por opção, as USF posicionam-se em diferentes modelos organizacionais – A, B e C - assentes em diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva e de incentivos (Despacho nº 24 100/2007, de 22 de outubro).

Os incentivos institucionais aplicam-se às USF de modelo A e modelo B, enquanto que os incentivos financeiros são exclusivos do modelo B.

A motivação deste trabalho incide na necessidade de compreender como as USF atuam, em matéria de indicadores, perante as diretrizes da Tutela. Assim como a análise desta investigação permitirá responder à questão: qual o modelo USF que obteve melhores resultados no triénio em análise, no que respeita às áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência?

Este Estudo de Caso teve como objetivo comparar dois modelos USF do tipo A e tipo B, inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego da Administração Regional de Saúde do Centro, analisando as metas e os resultados dos indicadores contratualizados no triénio 2012 – 2014, nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência.

Considerou-se relevante examinar o comportamento do modelo B perante os indicadores para a atribuição de incentivos institucionais e os indicadores para a atribuição de incentivos financeiros.

Foi relevante para o estudo examinar a contratualização de 2014, uma vez que, pela primeira vez, foram revistos as condições e os critérios para a atribuição de incentivos institucionais, através da reestruturação introduzida pela Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro.

O trabalho pretende ainda encontrar razões para o eventual cumprimento insuficiente dos indicadores estipulados.

Para a realização do trabalho e considerando o objetivo deste estudo, optou-se por uma metodologia de investigação mista, complementando uma análise quantitativa dos indicadores em estudo, com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e transversal.

A estrutura deste trabalho encontra-se dividida em quatro capítulos, precedido de uma introdução e finalizado com uma síntese conclusiva sobre as contribuições e as limitações do estudo, deixando, eventualmente, algumas sugestões para estados futuros.

No primeiro capítulo é feito o enquadramento teórico do trabalho mediante uma revisão da literatura relativa ao sistema de saúde português, à governação clínica e de saúde, à contratualização, aos indicadores e ao sistema de incentivos no setor da saúde. Será igualmente elaborado o enquadramento no que toca à RCSP, constituindo base essencial deste trabalho.

O segundo capítulo é dedicado a uma breve caracterização das USF e suas particularidades.

A metodologia de investigação seguida é apresentada no terceiro capítulo, onde se especificam os objetivos e questões de investigação subjacentes a este trabalho. Justificam-se ainda os métodos e as técnicas utilizadas na recolha dos dados, os procedimentos e o tratamento qualitativo e quantitativo da informação.

No quarto capítulo será apresentado o estudo de caso aplicado nas USF em estudo, os resultados e uma análise crítica. Far-se-á igualmente um diagnóstico de eventuais problemas e dar-se-á resposta às questões de investigação.

No final será apresentada a conclusão do trabalho, onde estarão refletidos os ensinamentos do estudo, os contributos para o conhecimento em controlo de gestão e propostas para desenvolvimentos futuros.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Nos últimos quarenta anos, o SNS português tem apresentado um desenvolvimento acentuado assente na introdução de reformas de impacto.

Nesse sentido, a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP), iniciada em Portugal no ano de 2005, implementou várias medidas no sentido de atingir melhores resultados em saúde com maior eficiência, tais como: a criação de uma rede descentralizada de equipas multiprofissionais – as USF; a introdução de um novo modelo de gestão; o desenvolvimento de uma governação clínica e de saúde centrada nas pessoas e orientada para resultados em saúde; uma gestão de proximidade através da criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e ainda a promoção da participação e corresponsabilização dos profissionais e cidadãos (Biscaia, 2013).

Além das medidas acima descritas, a RCSP adotou a contratualização como ferramenta de gestão que prima por ter como foco primordial a criação de valor em saúde, sendo fundamental para se atingir uma utilização mais eficiente dos recursos e, por conseguinte, melhores resultados (OPSS, 2009; Ferreira *et al.*, 2010).

Contudo, o valor em saúde abrange outras questões, nomeadamente a eficiência, a medição, a modalidade de sistemas de pagamento adotados, a definição de metas a atingir através de indicadores, a atribuição de incentivos, bem como o nível de responsabilidade pela qualidade dos cuidados (Dentzer, 2009).

Neste capítulo procurar-se-á percorrer os temas que estão na linha de condução deste estudo – sistema de saúde português, Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, contratualização, indicadores e incentivos – de forma a promover um enquadramento dos mesmos e estimular a análise crítica da temática desenvolvida e dos resultados obtidos nesta investigação.

## 1.1. O Sistema de Saúde Português e a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

*“Os sistemas de saúde devem contribuir para a equidade e justiça social.”*

(World Health Organization, 2008)

Este ponto em concreto desenvolverá as fases do sistema de saúde português desde 1971, passando pela expansão do Serviço Nacional de Saúde criado em 1979 até à implantação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP) iniciada em 2005.

A RCSP consiste numa grande reforma estrutural na administração pública e em particular no setor da saúde, pelo que também serão desenvolvidas as suas características e princípios enquadramentos (Biscaia, 2013).

O artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 consagrou a saúde como sendo um direito garantido a todos os portugueses. No entanto, até ao alcance desta disposição legal, o Sistema de Saúde Português (SSP) foi alvo de uma acentuada evolução.

Antes de 1970, a filosofia subjacente considerava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde, predominando uma conceção de assistência médico-sanitária caritativa (Sousa, 2009).

Desde aí, as políticas de saúde em Portugal foram marcadas por um conjunto de fatores que poderão ser analisados em quatro planos distintos (Sousa, 2009):

1. A questão da responsabilidade social e individual no financiamento dos cuidados de saúde;
2. A possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia, que além de regulador, seja também prestador de cuidados e exigente na saúde;
3. A aposta na centralidade do cidadão, no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação;
4. A gestão da mudança nos sistemas de saúde.

O Quadro 1 *infra* demonstra a evolução do Sistema de Saúde Português (SSP) elencando as principais mudanças que levaram à sua evolução desde 1970 até 2005, refletindo-se em trinta e cinco anos de marcadas alterações.

### 1.1.1. O Sistema de Saúde Português de 1971 a 2005

**Quadro 1:** A evolução histórica do sistema de saúde português

Ano	Acontecimento
1968	▪ Implementação do Estatuto Hospitalar através do Decreto-Lei nº 48357, de 27 de abril, com o objetivo de disciplinar o funcionamento dos hospitais oficiais e das Misericórdias e de regulamentar as carreiras de médicos, enfermeiros, administrativos e farmacêuticos.
1971	▪ Promulgação da Reforma do sistema de saúde e assistência, impulsionada pelo Professor Gonçalves Ferreira, através dos Decretos-Lei nºs 413/71 e 414/71, de 27 de setembro: - Implementação dos centros de saúde
1979	▪ As alterações na CRP de 76 e a Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) induziram ao nascimento do Sistema Nacional de Saúde com a Lei nº 56/79, de 15 de setembro (Lei Arnault)
1983	▪ Criação dos centros de saúde integrados; ▪ Criação do modelo organizativo dos centros de saúde de segunda geração; ▪ A nova carreira médica de clínica geral
1990	▪ Publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) a qual definiu o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde.
1993	▪ Publicação do novo estatuto do SNS através do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro; ▪ Agrupamento das Administrações Regionais de Saúde (ARS) em cinco regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Decreto-Lei nº 335/93, de 29 de setembro)
1996	▪ Criação das Agências de Contratualização
1996-1999	▪ Início dos Projetos Alfa; ▪ Desenvolvimento de uma estratégia de saúde - Estratégia para o Virar do Século a qual visava metas de cinco a dez anos no cumprimento de ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços; ▪ Instituição da empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde; ▪ Aprovação do Regime Remuneratório em clínica geral (Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de maio) ▪ Criação dos centros de saúde de terceira geração (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio).

**Fonte:** Elaboração própria com base em autores referenciados ao longo do texto

.Nos pontos seguintes, 1.1.1.1 e 1.1.1.2, o Quadro 1 será detalhado no sentido de esclarecer melhor em que medida é que consistiram estas modificações.

#### **1.1.1.1. As décadas de 70 e 80**

A década de 70 foi rica em inovações no que respeita ao sistema de saúde português. Contudo, o objetivo primordial da política desse período foi a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer ao nível do financiamento, quer ao nível do acesso Pedro Pita Barros (s.d.).

Com a Reforma de Gonçalves Ferreira: reconheceu-se o direito à saúde como um direito de personalidade e foram implementados os primeiros centros de saúde (CS) que atuaram, prioritariamente, em medidas de prevenção e de acompanhamento de alguns grupos de risco (Sousa, 2009).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979 e assente nos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade, levou ao alargamento do acesso à Previdência Social – a atual Segurança Social – a todos os cidadãos, independentemente da capacidade contributiva. Porém, a revisão da CRP em 1989 alterou o SNS para um sistema tendencialmente gratuito (Sousa, 2009).

Nos anos 80, o SNS evoluiu com a criação dos CS integrados, os quais resultaram da mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares tais como CS, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios. Para além disso, foi introduzida a carreira de clínica geral (Branco e Ramos, 2001).

O modelo organizativo dos CS de segunda geração permitiu ainda a afirmação da identidade dos profissionais. Contudo, logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e da comunidade (Ramos, 1994-1995).

#### **1.1.1.2. A década de 90**

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde em 1990, houve necessidade de introduzir alterações ao nível da gestão e da organização no sentido de melhorar a eficácia e eficiência do setor da saúde, as quais se traduziram nas seguintes (Sousa, 2009):

- Estímulo da intervenção do setor privado na área da saúde;



- regionalização e integração do SNS, ao serem implementadas, em 1993, cinco regiões administrativas de saúde - Administrações Regionais de Saúde - e unidades funcionais entre hospitais e centros de saúde;
- introdução de taxas moderadoras no acesso a determinados cuidados de saúde, excluindo-se do pagamento os grupos de risco e os grupos com escassos recursos económicos;
- celebração de acordos entre o Estado e entidades privadas para a prestação de cuidados; e
- apoio e fiscalização da restante atividade privada na área da saúde por parte do Estado, levando a que as entidades privadas e públicas e os cidadãos passassem também a ser responsabilizados pela saúde.

O novo estatuto do SNS publicado em 1993 revelou a tentativa de aproximar os CSP e entidades diferenciadas, por meio da criação de unidades integradas.

No mesmo ano, o agrupamento das ARS levou a que estas passassem a poder financiar as instituições de saúde e a desenvolver planos estratégicos, coordenando os centros de saúde e hospitais.

Em 1996 foram criadas as Agências de Contratualização com objetivos centrados no desenvolvimento da perícia na análise, na negociação e na decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde.

Os projetos designados – Alfa – consistiram num primeiro impulso para descongelar o monopólio burocrático do SNS e libertar as ideias e iniciativas que já emergiam de modo retraído, nos seguintes termos (Branco e Ramos, 2001):

- abertura para a fluência de criatividade e ideias ousadas e inovadoras por parte de pequenos grupos de trabalho os quais conseguiram criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa;
- aprovação do Regime Remuneratório Experimental em clínica geral resultante do estudo de formas retributivas mais justas, no sentido de recompensar os que mais e melhor trabalham;
- lançamento da discussão sobre a descentralização da gestão das ARS para os CS numa tentativa de aliar a autonomia à responsabilidade dos profissionais na

realização das estratégias e dos objetivos comuns, num ambiente de rigor, exigência e de maior confiança.

Os CS de terceira geração, criados em 1999, constituíram uma coletividade dotada de autonomia, integrada no SNS e sob a tutela do Ministério da Saúde. Este tipo de CS preconizou duas vertentes:

1. Orientação para os utentes e para a comunidade;
2. Constituição de pequenas unidades multiprofissionais organizadas:
  - listas de utentes - Unidades de Saúde Familiar (USF);
  - pequenas áreas geográficas - Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); e;
  - Unidades de Saúde Pública (USP).

O conhecimento das unidades *supra* era diversificado. Enquanto nas USF predominavam os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar, nas UCC sobressaíam conhecimentos e práticas de saúde pública. No entanto, o primordial incidiu em servir os utentes e a comunidade e não enveredar pelo caminho do protagonismo individual (Branco e Ramos, 2001).

É notório o esforço contínuo para o alcance do aumento do financiamento da saúde e para a expansão dos serviços de saúde, no sentido de melhorar a organização e gestão do SNS.

No entanto, a essência fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementada, refletindo claramente as contradições e as lutas internas entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000).

Para agravar a situação, o orçamento geral do Estado consistia na única fonte de receita para fazer face à amplitude dos objetivos e cobertura das despesas do SNS.

A grande falta de transparência entre interesses públicos e privados, as dificuldades no acesso e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde revelaram a debilidade estrutural existente na construção deste Serviço, assente numa base financeira frágil e numa ausência de inovação relativamente a modelos de organização e gestão do mesmo (OPSS, 2001).

Além disso, fatores como a resistência à mudança e a descontinuidade política contribuíram para este panorama crítico. Assim, perante este cenário, a inovação e reestruturação do SNS não puderam ser interrompidas (Sousa, 2009).

#### **1.1.1.3. O período 2002 - 2005**

Em 2002, por força do Decreto-Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, deu-se início às alterações na Lei de Bases da Saúde, sendo definido um novo modelo de gestão hospitalar. Além de que, os modelos de expressão de tipo empresarial começaram a ter expressão institucional (Amendoeira, 2009).

Um ano depois, em 2003, foi criada a rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) cujo objetivo primordial incidiu no funcionamento em parceria com os cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados, bem como visou descentralizar o papel do Estado, podendo haver entidades de natureza privada e social que também cuidassem das necessidades específicas dos cidadãos (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril).

No mesmo ano foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), com autoridade administrativa independente, com a função de regular, supervisionar e acompanhar a atividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro).

Entretanto o SNS deparou-se com problemas de sustentabilidade financeira, cuja garantia foi e continua a ser condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal.

Nesse sentido, para abrandar o ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, foram desenvolvidas duas estratégias: a primeira consistia em centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e a segunda em abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença (Sousa, 2009).

Numa tentativa de colocar em prática este método, o Plano Nacional de Saúde (PNS), (2004-2010) estabeleceu o programa designado - Reorientar o Sistema de Saúde - determinando que os investimentos previstos no sistema de saúde deveriam

providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade em tempo útil com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

No sentido de concretizar os planos traçados, foram implementadas duas Reformas: a Hospitalar e a dos Cuidados de Saúde Primários (Sousa, 2009).

As diligências da Reforma Hospitalar revelaram o esforço do Estado em melhorar os cuidados de saúde ao apostar em políticas de suporte para a eficiência e a eficácia do sistema de saúde português. As medidas são descritas no Quadro 2 *infra*:

**Quadro 2:** As medidas da Reforma Hospitalar

▪ Aposta no sistema de empresarialização dos hospitais do SNS	▪ Através de uma gestão mais empresarial inculcando uma responsabilização clara aos gestores apoiados por informação mais acessível resultante de uma maior atenção ao sistema de informação.
▪ Desenvolvimento de parcerias com os setores privado e social e uma maior coordenação vertical entre níveis de cuidados	▪ Através de: - redes de referênciação; e de, - plataformas de articulação com outras entidades da comunidade.
▪ Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	▪ Através de: - constituição de diferentes tipologias de cuidados em conformidade com as diferentes necessidades das populações e das localidades. - projeção de um processo evolutivo suportado em fases pré-definidas as quais se estendem até 2016.

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Sousa (2009)

Entretanto, vários fatores levaram a uma capacidade de prestação de cuidados insuficiente e a uma crescente desmotivação dos profissionais, (PNS, 2011-2016):

- a excessiva centralização na Tutela;
- o aumento da desproporcionalidade entre recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e secundários e;
- um sistema remuneratório sem incentivos com o objetivo de premiar e estimular melhores desempenhos.

Toda esta conjuntura conduziu à implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RCSP), com início em 2005.

### 1.1.2. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

“O Programa do XVII Governo Constitucional define que «o sistema de (saúde) deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão», constituindo os cuidados de saúde primários o seu pilar central.”  
(Portaria nº 274/2009, de 18 de março).

A criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de outubro, teve como principais tarefas as seguintes, tendo-lhe sido atribuídos dois objetivos gerais e sete tarefas principais a concretizar, conforme sistematizado no Quadro 3 *infra*.

**Quadro 3:** A Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Objetivos	Principais Tarefas
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com o aumento:<ul style="list-style-type: none"><li>- da acessibilidade,</li><li>- da proximidade e,</li><li>- da qualidade de cuidados e, consequente;</li><li>- aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços.</li></ul></li><li>▪ Melhoria da eficiência e a promoção da contenção de custos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apoiar a reconfiguração dos Centros de Saúde (CS) em USF.</li><li>▪ Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF.</li><li>▪ Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efetivo às candidaturas das USF.</li><li>▪ Propor, em articulação com a Secretaria - Geral do Ministério da Saúde:<ul style="list-style-type: none"><li>- a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos;</li><li>- a formação contínua dos profissionais; e,</li><li>- a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar às USF.</li></ul></li><li>▪ Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os CS e destes com as USF.</li><li>▪ Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados.</li><li>▪ Propor modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de CS e USF.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de setembro de 2005 e Pisco (2007)

O OPSS (2007) considerou que após este quadro de implementação da MCSP, o foco centrou-se na autonomia contratualizada das unidades prestadoras e funcionais, na gestão por objetivos e na orientação para a governação clínica por meio da monitorização do desempenho e acompanhamento das equipas.

#### 1.1.2.1. Reorganização da Administração Regional e Local

O processo da RCSP teve como *ex libris* o redesenho organizacional de toda a estrutura da administração regional e local, orientado à desconcentração na tomada de decisões, ao reforço dos mecanismos de contratualização e à implantação da gestão por objetivos (Sousa, 2009).

O citado redesenho organizacional refletiu-se num duplo movimento, que pode ser resumido conforme o Quadro 4 *infra*:

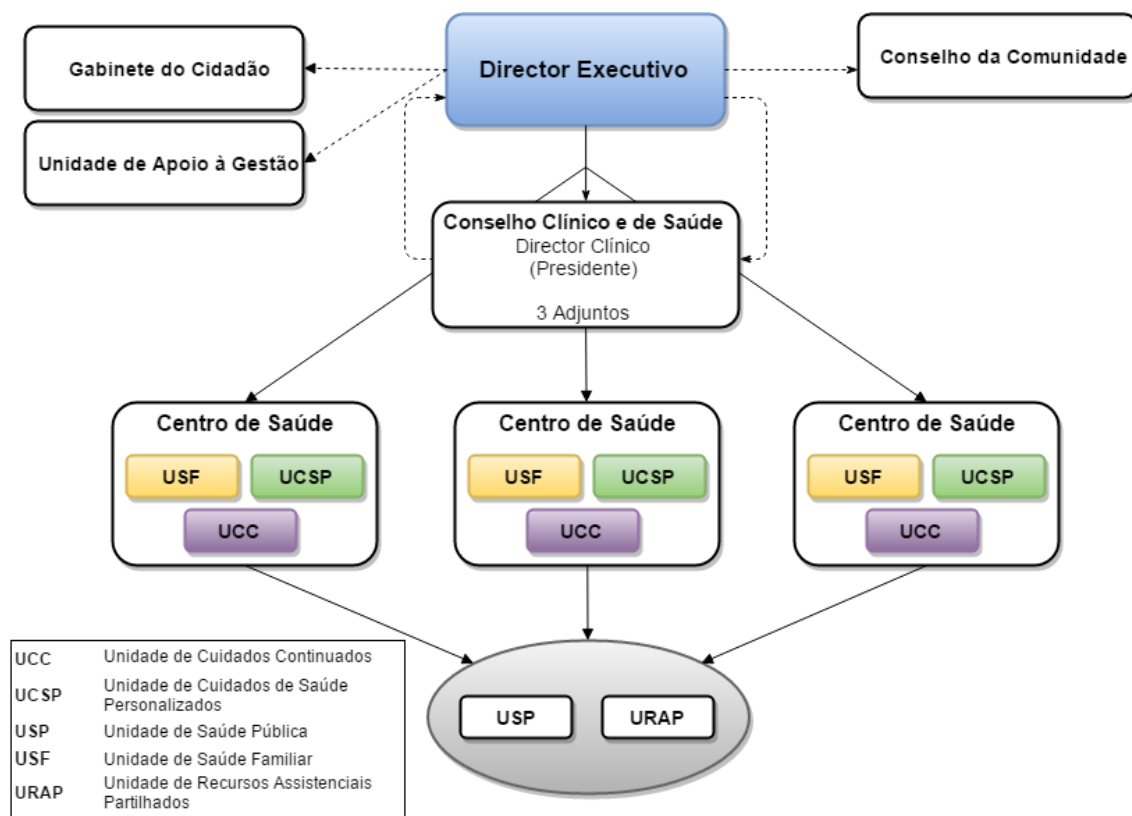
**Quadro 4:** O novo desenho organizacional da administração regional e local

<b>Movimento</b>	<b>Propósito</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Constituição de pequenas unidades funcionais autônomas, prestadoras de cuidados de saúde à população – as USF</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Com vista a proporcionarem:<ul style="list-style-type: none"><li>- uma maior proximidade ao cidadão e;</li><li>- maior qualidade de serviço;</li></ul>através de um modelo de contratualização interna.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Com vista a promoverem:<ul style="list-style-type: none"><li>- a agregação de recursos e estruturas de gestão;</li><li>- a eliminação de concorrências estruturais;</li><li>- a obtenção de economias de escala e;</li><li>- a viabilização de estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.</li></ul></li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Pisco (2007)

A Figura 1 *infra* retrata a estrutura orgânica dos ACES implementada pelo Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro que reorganiza os CS. As cinco unidades funcionais (UF) que respondem diretamente aos ACES são:

- unidade de saúde familiar (USF);
- unidade de saúde pública (USP);
- unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e;
- unidade de cuidados na comunidade (UCC).



**Figura 1:** Estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde

**Fonte:** Elaboração própria com base na Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde, 2007 e no Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro

Os ACES possuem autonomia administrativa, com órgão e instrumentos próprios de gestão com o objetivo de implementar soluções ajustadas aos recursos e às condições dos cidadãos. No que respeita às suas competências de gestão, as mesmas são partilhadas e exercidas a vários níveis de governação:

- a gestão estratégica está a cargo do Diretor Executivo;
- o Conselho Clínico e de Saúde tem como competência a gestão tática;
- a gestão operacional global é atribuída à Unidade de Apoio à Gestão e;
- as Unidades de Saúde Familiar são incumbidas da gestão operacional local.

A vantagem da introdução do modelo ACES consistiu na redução do enfoque nas hierarquias profissionais, criando estruturas baseadas em equipas visando uma melhor comunicação e envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e negociação de objetivos de desempenho (Lega&DePietro, 2005).

Os ACES tornaram-se organizações de grande complexidade devido ao acentuado volume de recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos, pela diversidade de unidades funcionais e pela população abrangida (Ministério da Saúde, 2008).

As UF são constituídas por equipas multiprofissionais, com missões próprias e todas elas devem funcionar em rede, com base num trabalho coletivo, em equipa e complementar. A sua criação constituiu um processo voluntário da base para o topo, sendo que o envolvimento dos profissionais de saúde está intrínseco à sua organização (Pisco, 2007).

O funcionamento em rede das UF pressupõe a existência de um sistema organizacional capaz de reunir indivíduos e instituições de forma democrática e participativa na prossecução da promoção da saúde e na integração dos serviços, os quais se pautam por determinadas características tais como: oferta de serviços de forma contínua através de vários pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde (Mendes, 2007).

Assim, a forma da realização e gestão da mudança evidenciada na RCSP pressupôs várias *nuances* e caminhos a seguir. Resumidamente, as características desta Reforma assentaram nos seguintes aspetos:

- numa adesão voluntária de profissionais e utilizadores;
- na obrigatoriedade de sistema de informação;
- num trabalho em equipa multiprofissional;
- num regime remuneratório sensível ao desempenho;
- num regime de incentivos e em processos de contratualização e avaliação;
- numa maior diversidade de oferta de cuidados;
- numa crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos.

Todas estas implementações resultantes da evolução do SNS, complementando com as introduções da RCSP, tais como os Projetos-Alfa, o Regime Remuneratório Experimental, a reorganização dos centros de saúde e ainda a convenção contratualizada em medicina geral e familiar com grupos de médicos, constituíram o foco do evidente progresso do SNS.



Mas a RCSP teve necessidade de fazer mais e melhor. Aliás, a acentuada preocupação com o reforço, diversificação e generalização a nível nacional da oferta de cuidados de saúde primários levou à introdução de novas medidas inseridas na Fase II desta Reforma.

O Quadro 5 *infra* descreve essas medidas, as quais foram incluídas nas recomendações produzidas pelo Grupo Consultivo para a RCSP (GCR CSP, 2010) e pelo Ministério da Saúde (2010):

**Quadro 5:** As medidas para a Fase II da RCSP

Propósitos
▪ Reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde assentes em critérios baseados na evidência.
▪ Continuação da reforma no âmbito dos ACES, com os devidos ajustamentos, visando o aumento da sua implementação e autonomia.
▪ Reforço da competência dos ACES nas áreas de gestão e contratualização, através de indicadores de eficiência e qualidade.
▪ Reforço da racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados, através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica.
▪ Implantação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica.
▪ Criação de mecanismos de atração de estudantes de medicina para Saúde Pública.
▪ Reforço da integração de cuidados do ponto de vista do cidadão.
▪ Introdução de novos modelos organizativos da prestação de cuidados, nomeadamente o modelo C das USF preconizado pela MCSP.
▪ Reforço da desburocratização dos Cuidados de Saúde Primários.

**Fonte:** Elaboração própria com base no texto de Miguel & Brito de Sá (2010).

Dada a expansão e amplitude da RCSP, é natural que a complexidade dos serviços de saúde também tenha crescido. Assim, a necessidade de dar resposta aos desafios das necessidades de cuidados da população, levou a uma maior preocupação com as questões de gestão das organizações (Magalhães *et al.*, 2009).

### 1.1.2.2. Novo modelo de gestão

“Os aspetos políticos e económicos influenciam o modelo de gestão adotado nas organizações”  
(Barbosa, 1998)

Ao reconhecer o papel fundamental dos cuidados de saúde primários, o Estado teve de adotar um novo modelo de gestão que combatesses diversos fatores tais como a desmotivação, a falta de incentivos ou a reduzida eficiência dos recursos (Delgado, 2002).

Antes da introdução de um novo modelo de gestão impulsionado pela RCSP, o modelo tradicional da Administração Pública regia-se pelo modelo burocrático de Max Weber, cujas características estão expostas no Quadro 6, *infra*:

**Quadro 6:** Principais características e limites do modelo burocrático de Weber

Características	Limites
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Divisão vertical do trabalho.</li><li>▪ Distribuição da autoridade ao longo da hierarquia com concentração da responsabilidade no topo da organização.</li><li>▪ Coordenação hierárquica através de áreas de atuação.</li><li>▪ Relações do tipo superior-subordinado.</li><li>▪ Confiança nas regras e nos registos.</li><li>▪ Atividades organizadas de acordo com uma hierarquia de autoridade formal e com um sistema impessoal de regras (Araújo, 1998).</li><li>▪ Sistema administrativo controlado pelos ministros.</li><li>▪ Hierarquia numa abordagem <i>top-down</i>: permite o controlo dos recursos, objetivos e forma de gestão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O foco encontra-se nas normas ao invés de estar na produção de resultados e na satisfação dos utentes.</li><li>▪ Ausência de avaliação de resultados – no volume do serviço fornecido e nos resultados desse serviço.</li><li>▪ Falta de transparência e de responsabilização.</li><li>▪ Ausência de incentivos à iniciativa e à inovação.</li><li>▪ Cultura mais focada nos procedimentos do que no desempenho.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base em Chiavenato (2004)

Perante os limites e adversidades explicitadas no Quadro 6, o SNS, através da RCSP, procurou adotar um novo modelo de gestão com base em determinados elementos, relatados no Quadro 7 *infra*:

**Quadro 7:** A nova gestão pública - caracterização

▪ Definição de medidas e padrões de desempenho.	▪ Através de objetivos mensuráveis e claramente definidos.
▪ Definição de medidas e padrões de desempenho.	▪ Através de objetivos mensuráveis e claramente definidos.
▪ Preocupação com o controlo dos resultados.	▪ Enfatizando a necessidade de insistir nos resultados e não nos processos.
▪ Entrada no setor público de gestores profissionais provenientes do setor privado.	▪ Em busca da profissionalização da gestão e de uma orientação para as técnicas de gestão.
▪ Desagregação de unidades do setor público dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas.	▪ Recorrendo a formas inovadoras de organização das atividades.
▪ Ênfase nos estilos e nas práticas do setor privado.	▪ Procurando uma aproximação aos métodos do setor privado.
▪ Introdução de fatores que promovam a concorrência no setor público, nomeadamente com a contratação.	▪ Visando menos custos e a melhoria da qualidade da prestação de serviços.
▪ Ênfase em maior disciplina na utilização de recursos.	▪ Cortando nos custos e procurando maior eficiência e economia.

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Hood (1991)

Um dos objetivos do SNS consistiu em minimizar as barreiras entre setor público e setor privado, visando sempre a promoção da eficiência. Nesse sentido, um dos seus desafios consistiu em desenvolver novas formas de gestão, que impulsionassem a qualidade, a eficiência e a satisfação dos profissionais e cidadãos.

Um exemplo claro da implementação de um novo modelo de gestão no SNS incidiu na reestruturação dos centros de saúde em ACES, desenvolvidos segundo um novo modelo de governação, com autonomia administrativa e enfoque na coordenação de equipas autónomas com relações de contratualidade interna (Ministério da Saúde, 2012; Ramos, 2009).

É desta forma que o papel da gestão surge com grande relevo, focalizando-se ao nível de cada prestador. Assim, de um modo geral e resumido, a repercussão da adoção de um novo modelo de gestão por parte do SNS foi a exposta no Quadro 8 *infra*.

**Quadro 8:** O novo modelo de gestão adotado pelo SNS - elementos

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A introdução do conceito da concorrência na reforma do SNS.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Levou à competitividade e à inovação contínua tal e qual como num mercado, despoletando uma melhor utilização dos recursos e proporcionando melhores serviços e cuidados aos cidadãos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ As ARS detiveram um novo papel.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Com poderes delegados pela Tutela nomeadamente através da contratualização.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O afastamento do modelo tradicional da administração.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Optando por uma nova abordagem impulsionadora de resultados e promotora de eficiência e economia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A forma de financiamento foi alterada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O orçamento de Estado deixou de ser a única base de sustentabilidade económica, passando a existir a prestação de cuidados de saúde definidos por contrato.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O Governo criou um mercado com uma tabela de preços.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A qual representaria o custo fixo para cada um dos cuidados de saúde.</li><li>▪ Por exemplo: os atos médicos seriam pagos de acordo com uma tabela de preços; e a realização de determinado número de cirurgias, consultas e atendimento determinaria o orçamento de cada hospital.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A estratégia da contratualização</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Assumiu a forma de novo instrumento de gestão, garantindo a sustentabilidade e a resposta às expectativas dos utilizadores</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Araújo (2000) e Menezes (2010)

### 1.1.2.3. Governação clínica e de saúde

“A governação é o conjunto de ações e meios adotados por uma sociedade para promover a ação coletiva e lançar soluções na procura de objetivos comuns”  
(Dodgson R., Lee K., Drager N., 2002).

Metaforicamente, a finalidade da governação é a de conduzir o barco ao local de destino, em segurança e com a máxima eficiência de meios possíveis.

A boa governação é refletida em efetividade organizacional e encontra-se relacionada com o alcance dos resultados desejados e atingi-los da forma correta. Ou seja, o resultado em si é considerado mas a forma como ele é atingido é tão ou mais relevante.

Para a WHO (1998), a boa governação para a saúde é a capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta ótica, são essenciais elementos como o foco nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e avaliação.

Campo (2009) considera que o termo governação está associado a formas de poder mais abertas que objetivam a participação e a responsabilização, promovendo os interesses efetivos do cidadão, sendo instituídos procedimentos de forma a negociar e avaliar regras de decisão coletiva.

A procura pelas boas práticas de gestão por parte das organizações de saúde tem resultado numa nova tendência denominada Governação Clínica (GC). De acordo com Santos *et al.* (2013), a procura cada vez maior da população por mais e melhores cuidados de saúde conjuntamente com a necessidade de se equacionar os recursos disponíveis, levou a OMS a operacionalizar este termo na área da saúde desde o ano 2000, com o objetivo de potencializar a prestação de serviços de saúde.

Em Portugal tem-se procurado deslocar o foco da governação do sistema de saúde dos recursos para os resultados, da organização e financiamento da oferta para a melhoria do desempenho da oferta, utilizando o processo de contratualização do desempenho.

No contexto da RCSP, a governação clínica e de saúde teve o seu impulso através das “Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, definidas pela MCSP em outubro de 2005 com as seguintes áreas de intervenção:

- reconfiguração e autonomia dos centros de saúde;
- implementação de USF e reestruturação dos serviços de saúde pública;
- desenvolvimento dos recursos humanos, do sistema de informação e mudança e desenvolvimento de competências.

O desenvolvimento destas áreas incidiu na criação de órgãos próprios de gestão a nível local e na reorganização dos centros de saúde, em que o modelo hierárquico de comando e controle vertical passa a coexistir e tem de adaptar-se e respeitar uma

rede de equipas autónomas, passando a desenvolverem-se ao mesmo tempo relações de contratualidade e de responsabilidade por processos e resultados a todos os níveis.

Em CSP, o objetivo da governação clínica é o de conduzir as equipas para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados o que implica determinado conjunto de ações vitais para o efeito: definir os resultados a alcançar, bem como os níveis desses resultados (qualitativos ou quantitativos); definir a forma e meios para o fazer; executar; monitorizar e controlar; e avaliar o alcance dos objetivos desejados (GC e de Saúde em CSP, Ministério da Saúde, 2011).

O Quadro 9 *infra* demonstra o bom caminho seguido para uma boa Governação Clínica:

**Quadro 9:** Métodos e instrumentos da governação clínica e de saúde

Pilares	Métodos e instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visão;</li> <li>▪ Fins;</li> <li>▪ Resultados;</li> <li>▪ <i>Outcomes</i> e;</li> <li>▪ Ganhos em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medição e avaliação com base na efetividade, na eficiência e na equidade dos cuidados e das intervenções.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- utentes;</li> <li>- profissionais e;</li> <li>- parceiros da comunidade.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação e desenvolvimento profissional contínuo;</li> <li>- Métodos e instrumentos de medição e avaliação da satisfação dos profissionais e utentes;</li> <li>- Métodos e instrumentos de medição e avaliação do <i>empowerment</i> dos utentes em saúde.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhoria da qualidade dos processos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arquitetura e gestão de processo clínicos e de processos de intervenção em saúde comunitária e populacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>- elaboração ou adaptação de guias de prática clínica, Normas de Orientação Clínica (NOC) ou <i>guidelines</i> relacionados com os processos definidos;</li> <li>- implementação das referidas guias de prática clínica, NOC ou <i>guidelines</i>;</li> <li>- definição de sistemas de indicadores;</li> <li>- auditorias clínicas;</li> <li>- gestão do risco clínico e segurança dos doentes;</li> <li>- desenho e implementação de sistemas de monitorização e controle de desempenho;</li> <li>- gestão de projetos específicos;</li> <li>- investigação nas várias áreas da Governação Clínica e de Saúde.</li> <li>- Implementação de um bom sistema de informação no qual a qualidade dos registos clínicos é crucial.</li> </ul> </li> </ul>

**Fonte:** Adaptado do texto “GC e de Saúde em CSP”, Ministério da Saúde (2011)

Como em qualquer boa gestão e controlo da mesma, o alinhamento entre estratégia, meios e fins fazem parte da governação clínica. Para este tipo de governação a estratégia passa, entre outras vertentes, pela qualidade e adoção de objetivos SMART.

## **1.2. A Contratualização**

*“A contratualização tem associada a existência de um Estado competente, isto é, um Estado com capacidade de análise e de decisão fundamentada, em tempo útil”*  
(Afonso, 2010).

De um modo geral, a contratualização substancia-se num acordo entre as partes interessadas sob determinadas condições em que os contratantes têm direitos e/ou obrigações. Os contratos têm como função facilitar as trocas voluntárias baseando-se na atribuição de recursos financeiros à atividade e clarificando o papel e responsabilidade de cada uma das partes (Escoval, 2010).

Este subcapítulo desenvolverá o âmbito da contratualização. Primeiro de um modo global: no setor da saúde e, de seguida, no sistema de saúde português.

### **1.2.1. No setor da saúde**

As motivações das reformas de saúde implementadas por vários estados são apontadas por Rego (2008):

- o crescimento exponencial da despesa com o *Welfare State* - responsabilidade do Estado de garantir a educação, saúde e assistência social à população;
- a consciencialização da limitação dos recursos;
- a perceção da ineficiência da Administração Pública tradicional.

Para fazer face a esta conjuntura, muitos governos aplicaram instrumentos de gestão privada em serviços públicos numa tentativa de racionalizarem os recursos e aumentarem a produtividade. Foi então proposta uma nova alternativa à Administração

Pública tradicional, argumentando que é possível aumentar os níveis de desempenho do setor público, combinando os princípios que sustentam um sistema de mercado com os instrumentos associados à gestão do setor privado (Rego, 2008).

Perante o cenário evidenciado, surgiu um modelo empresarial que se estabeleceu no setor público com o objetivo de dar resposta aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais: o *New Public Management* (NPM) (Nunes, 2008; Araújo, 2000).

A influência do NPM na Administração Pública e no setor da saúde incidiu nos seguintes referenciais (Escoval, 2003):

- A responsabilização dos gestores públicos, *accountability*;
- A introdução do planeamento e gestão estratégica nas organizações públicas para garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis;
- A definição de padrões de avaliação do desempenho, a introdução de sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade;
- A introdução da contratualização (extinção da organização hierárquica do setor público) e a disciplina na utilização de recursos.

O NPM contribuiu ainda para o *empowerment* do utente e para a reinvenção dos serviços públicos com enfoque no cidadão-utente e nos resultados, através do incentivo a uma maior empresarialização em detrimento de modelos excessivamente burocráticos (Ferreira *et al.*, 2010).

O Quadro 10 *infra* evidencia as características e as dificuldades inerentes à implementação da contratualização:



**Quadro 10:** As particularidades da Contratualização

Características	Limites
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Teoria Agente-Principal;</li><li>▪ Separa o financiador do prestador;</li><li>▪ Permite uma afetação institucional dos recursos mais orientada para o mercado com mecanismos que obrigam os terceiros pagadores e os prestadores a comprometerem-se explicitamente, gerando, ao mesmo tempo, a motivação económica necessária para os levarem ao cumprimento do estipulado (Barros e Gomes 2002);</li><li>▪ Dá especial importância aos recursos e ao desempenho;</li><li>▪ Atribuição dos recursos com base em indicadores e medidas de desempenho, característicos de uma relação de mercado (Araújo, 2000);</li><li>▪ Uso de incentivos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Falta de orientação clara e adequada por parte dos governos;</li><li>▪ Difícil associação entre objetivos e metas pré-definidas ao orçamento da saúde;</li><li>▪ Desarticulação entre orçamento e execução financeira;</li><li>▪ Existência de um programa de reestruturação organizacional deficitário;</li><li>▪ Capacidade insuficiente dos profissionais;</li><li>▪ Dificuldade em estabelecer uma relação causal direta entre a concretização dos objetivos e o contratualizado;</li><li>▪ Fraco planeamento, falta de enfoque e o não estabelecimento de prioridades (OPSS, 2009).</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base nos autores referenciados no Quadro

A teoria Agente-Principal esteve subjacente na implementação da contratualização, sobressaindo a ideia base de que a delegação de funções pelo Estado (principal) a agentes institucionais privados ou públicos autónomos, através de um contrato, resulta num maior respeito pelas regras do mercado (Escoval, 2003).

Aliás, a contratualização pode constituir uma vantajosa ferramenta pois ao se separar o financiador do prestador é incutida uma maior transparência ao sistema e uma responsabilização acrescida (Ferreira *et al.*, 2010).

Para Freitas e Escoval (2010) a dita separação cria mais valor para o dinheiro gasto, permitindo melhorar os resultados a obter com determinado orçamento. Ou seja, uma vez que o financiamento é atribuído em função dos resultados negociados, a redução dos desempenhos envolve uma avaliação rigorosa da situação, tendo como possível consequência uma eventual redução dos pagamentos.

Na contratualização, a monitorização do desempenho assume um papel fundamental na mitigação de riscos: o eventual não cumprimento do contrato estabelecido por parte do agente devido à colisão dos seus objetivos com os do principal é um exemplo (Araújo, 2000).

Este instrumento impulsionou ainda os países a reajustarem as suas políticas de controlo de despesas de nível microeconómico, as quais apresentaram determinados instrumentos tais como o uso de incentivos orçamentais como meio de atingir a melhoria de níveis de desempenho (Escoval, 2003).

Contudo, a implementação da contratualização também foi alvo de entraves (Escoval, 2003) sendo que alguns deles estão explicitados no Quadro 10 *supra*.

A medição do resultado da contratualização consiste no grande desafio para os sistemas de saúde, uma vez que partindo do princípio que os objectivos-chave de um sistema de saúde consistem:

- na melhoria do nível de saúde da população;
- na capacidade de resposta às diferentes necessidades; e
- na equidade do financiamento e na eficiência na utilização de recursos,

torna-se complicado avaliar o impacto do processo contratual e distingui-lo do efeito de outras funções do sistema como a prestação e a criação de recursos (Figueiras *et al.*, 2005).

Assim, para ser viável e sustentável, o processo de contratualização deve adotar modelos baseados numa lógica de resultados em saúde – *outcomes* - e de criação de valor para os cidadãos, através de um planeamento que considere as necessidades em saúde e um alinhamento estratégico entre as metas contratualizadas e os objetivos da instituição. Todo este cenário deve ser sempre sustentado por incentivos financeiros e mecanismos de monitorização contínua da qualidade num quadro de sustentabilidade financeira (OPSS, 2009).

De um modo geral, a contratualização tem-se apresentado como um elemento central nas políticas reformistas de muitos países, mostrando-se em forma de recurso estratégico como forma de garantir um maior enfoque na realização de resultados mensuráveis, alocar os recursos de modo mais eficiente, aumentar a autonomia de gestão, descentralizar a tomada de decisões, potenciar a concorrência e ainda aumentar a eficiência e eficácia dos serviços (Escoval *et al.*, 2010).

### 1.2.2. No sistema de saúde português

A adoção do processo de contratualização em Portugal foi motivada pelos seguintes fatores (OPSS, 2009):

- Aumento sustentado da despesa em saúde e a consequente necessidade de imprimir um maior rigor na gestão dos recursos públicos;
- Existência de experiências-piloto de gestão hospitalar;
- Ambição de melhorar o nível de prestação de contas;
- Necessidade de tornar a distribuição de recursos mais equitativa, relacionando-se esta, de algum modo, com a produção e os resultados atingidos;
- Intenção de incutir uma maior transparência no âmbito dos processos de decisão, especialmente no que se refere à afetação dos recursos financeiros.

A década de 90 marcou o início dos primeiros desenvolvimentos da contratualização, tendo sido adotada uma relação de base contratual entre os diferentes agentes, através de mecanismos de foro empresarial com centralização dos serviços públicos no cidadão utilizador (OPSS, 2009).

Criadas na segunda metade dos anos 90, as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, atuaram como intermediárias entre o cidadão e as entidades prestadoras de cuidados de saúde, já se subentendendo uma clara distinção entre o financiamento e o pagamento dos cuidados de saúde (Escoval, 2003). O Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de agosto especifica a missão e as funções destes órgãos, descritas no Quadro 11 *infra*:

**Quadro 11:** Missão e funções das Agências de Contratualização

Missão	Funções
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Integrar o cidadão no centro do sistema de saúde, identificando as suas necessidades e defendendo os seus interesses.</li><li>▪ Assegurar a aplicação criteriosa dos recursos públicos e a máxima eficiência e equidade na prestação de cuidados de saúde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prever as necessidades em cuidados de saúde e responder adequadamente às mesmas.</li><li>▪ Produzir e divulgar a informação relativa aos serviços de saúde.</li><li>▪ Acompanhar o desempenho dos prestadores.</li><li>▪ Participar no processo de distribuição de recursos financeiros.</li><li>▪ Avaliar os ganhos em saúde e o bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de agosto

No sentido de garantir a qualidade da acessibilidade dos cidadãos e simultaneamente de combater o desempenho deficitário, passou-se de uma lógica de gestão de recursos para uma gestão baseada em resultados.

Algumas teorias, nomeadamente o Novo Institucionalismo Económico, defendem que não existe um sistema de incentivos que promova a eficiência nas formas tradicionais de organização dos serviços públicos (North, 1990). Ou seja, na ausência de mecanismos de mercado ou contratos, os responsáveis pela gestão dos serviços públicos não têm incentivos para serem eficientes.

Nesse sentido, para combater esse quadro e possuir mais informação e maior controlo sobre o funcionamento e o custo dos serviços, o SNS procurou novas formas de fornecimento dos serviços públicos, adotando as seguintes medidas:

- Separação da responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas, da responsabilidade pela implementação das mesmas, transferindo maior autonomia para os responsáveis pela gestão;
- Criação de serviços autónomos concedendo aos gestores a liberdade de decisão sobre o funcionamento dos serviços, os quais se integram numa nova estrutura visando o aumento da eficiência, eficácia e economia.

Partindo do entendimento de que a responsabilidade entre o financiamento e o fornecimento deve ser dividida, assistiu-se a uma nova mudança: as relações entre serviços públicos baseados na hierarquia foram substituídas por contratos, resultando:

- na alteração do relacionamento entre os diferentes atores do quadro organizacional e;
- procurando dar-se ênfase aos resultados, à avaliação e ao controlo.

Assim, o novo modelo de gestão adotado pelo SNS foi influenciado pela Teoria Agente-Principal, que consiste na delegação de decisões por parte de um agente num outro agente económico que possui mais informação. Assim, o governo atua como Principal, estabelecendo um contrato que induza o contratado - o Agente - a agir de acordo com os interesses da Tutela.

Ou seja, o novo cenário refletiu-se no seguinte:

- o governo define os seus objetivos;

- elabora um contrato em que especifica as características dos serviços ou bens a fornecer e;
- delega numa outra entidade a realização dessas mesmas metas ao mais baixo custo, procurando beneficiar da eficiência inerente ao mercado.

Assim, destacam-se os aspetos fundamentais da estrutura da administração contratual, na qual se insere o SNS, sistematizados no Quadro 12 *infra*:

**Quadro 12:** Aspetos fundamentais da estrutura da administração contratual do SNS

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As considerações políticas são transferidas para práticas mais gestionárias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visando o fornecimento eficiente dos serviços públicos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A administração por via de contratos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confere ao governo um estatuto de comprador que utiliza os eventuais produtores como meio de atingir um fim, ou seja, os seus objetivos políticos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deve considerar-se:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a especificação do produto ou serviço;</li> <li>▪ a existência de concurso público;</li> <li>▪ a escolha entre um preço fixo;</li> <li>▪ a duração do contrato;</li> <li>▪ o sistema de fiscalização; e,</li> <li>▪ o cumprimento do contrato.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O governo passa a ser o núcleo de uma constelação de organizações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsáveis pelo fornecimento de serviços públicos e que se relacionam numa base contratual.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Araújo (2000)

No entanto, o SNS foi resistente à mudança introduzida pela contratualização, verificando-se essa realidade nos anos 2000 e 2001 ao constatar-se a debilidade dos mecanismos de acompanhamento e monitorização das atividades, agravada com o insuficiente apoio da Tutela.

Consequentemente, no período de 2002 – 2005, houve um desinteresse acentuado pelo processo de contratualização, tendo o mesmo perdido o impacto desejado devido a uma relutante administração pública, a limitações dos sistemas de informação e ao retraído apoio político no que respeita à transferência do financiamento para as regiões de saúde (Ferreira *et al*, 2010).

A RCSP de 2005 tentou combater esta conjuntura desfavorável revitalizando o instrumento da contratualização. Assim, com as medidas expostas no Quadro 13 *infra*, o processo de contratualização é reiniciado e o financiamento na prossecução dos objetivos de saúde passa a ter um papel central na medida em que deve ser assegurado o necessário financiamento público dos prestadores.

**Quadro 13:** O renascimento da contratualização no contexto da RCSP

Âmbito
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forte influência e adoção do NPM (Ferreira <i>et al</i>, 2010);</li> <li>▪ Redesenho de toda a estrutura organizacional da administração regional e local;</li> <li>▪ Reabilitação das Agências de Contratualização, que ressurgem operacionalizadas nos Departamentos de Contratualização das ARS (Despacho Normativo nº 22 250/2005, de 3 de outubro):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- com funções quase exclusivamente financeiras;</li> <li>- incumbidas de utilizarem o instrumento da contratualização;</li> <li>- com competências para participarem na definição dos critérios de financiamento;</li> <li>- apresentaram propostas de afetação de recursos financeiros e;</li> <li>- procederam ao acompanhamento dos contratos-programa;</li> </ul> </li> <li>▪ Influência da teoria Agente-Principal na seguinte medida:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- introdução de contratos entre financiador e prestador;</li> <li>- implementação de uma nova forma de distribuição de recursos financeiros públicos, indexando o financiamento diretamente à atividade mediante definição de determinados níveis de cuidados de saúde acordados entre financiador e prestadores;</li> <li>- enfoque nos objetivos estratégicos traçados e definidos no Plano Nacional de Saúde.</li> </ul> </li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria

### 1.2.3. Princípios gerais

O Quadro 14 *infra* define quais os objetivos gerais pelos quais a contratualização se rege, tendo sempre em foco as necessidades em saúde da população. Para se tornarem em objetivos operacionais, os objetivos acima descritos devem considerar as necessidades em saúde detetadas a nível nacional, regional e local, as quais são identificadas no Plano Nacional de Saúde, nos Planos Regionais de Saúde, no Plano de Atividades dos ACES e nos Planos de Ação das Unidades Funcionais (Metodologia de Contratualização CSP, 2014).

**Quadro 14:** Objetivos gerais e medidas do processo de contratualização

Princípios	Medidas
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reforço dos processos de diagnóstico de necessidades específicas das populações de planeamento em saúde.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intensificar os esforços de promoção da saúde e de prevenção da doença.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Introdução de políticas públicas destinadas a diminuir a carga de doença e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Incentivar a cultura de prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa multiprofissional de saúde da família.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Procura de melhoria do acesso, qualidade e continuidade de cuidados.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Focalizar indicadores (através da evidência científica) que possam conduzir a ganhos em saúde, de acessibilidade ou de satisfação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Monitorização da evolução dos processos e avaliação dos resultados da atividade assistencial.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promover a responsabilização das entidades prestadoras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Negociação transparente e responsabilizante de metas para os indicadores.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Induzir nas entidades prestadoras mecanismos de autorregulação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Orientação da prática para atingir a excelência na prestação de cuidados de saúde, a eficiência do sistema de saúde e satisfação de utentes e profissionais.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição e implementação da estratégia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Disponibilização de recursos humanos, técnicos e financeiros.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Premiar os ACES e as equipas com melhor desempenho.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Atribuição de incentivos institucionais.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Indexar (nas USF Modelo B) uma componente da remuneração dos profissionais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ao nível de desempenho medido por determinados indicadores.</li></ul>

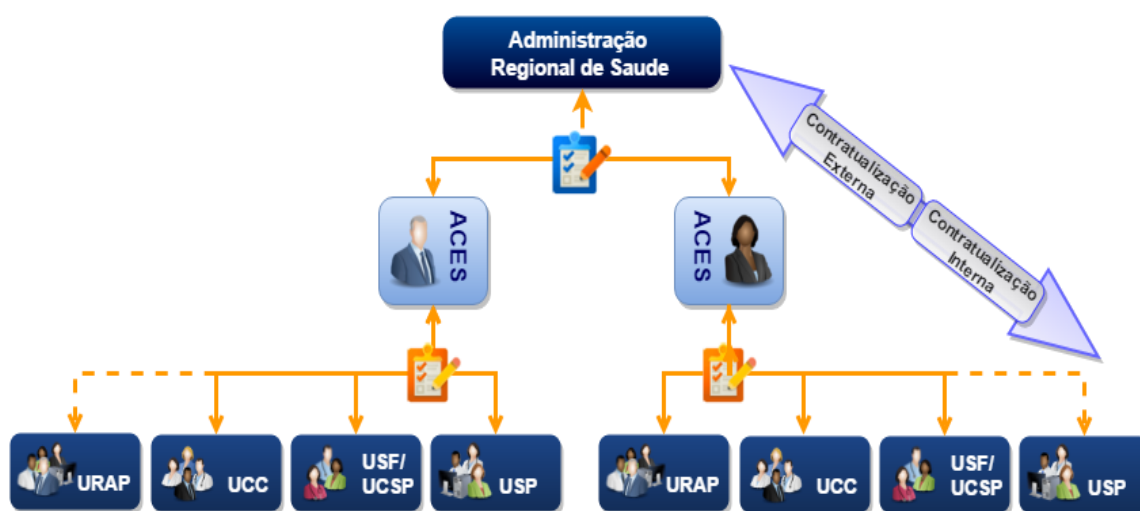
**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP, 2014

#### 1.2.4. Processo e metodologia

O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários abrange um conjunto de procedimentos inerentes à gestão descentralizada, assumindo-se como um instrumento de gestão que difere responsabilidades entre as partes e que permite obter os resultados acordados com sucesso, fundamentalmente quando baseado numa gestão relacional continuada, de diálogo e negociação (Escoval *et al.*, 2007).

A Figura 2, *infra*, retrata o processo de contratualização, o qual é organizado em dois subprocessos:

- a contratualização externa, realizada entre as ARS e os ACES, é formalizada com a negociação do Plano de Desempenho e com a assinatura do Contrato-Programa;
- a contratualização interna é efetivada entre os ACES e as respectivas Unidades



Funcionais, sendo formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.

**Figura 2:** O modelo de contratualização externa e interna

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2014

As ARS dirigem os ACES que, com a sua autonomia administrativa, têm a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Conforme se pode verificar na Figura 2 *supra*, os ACES são constituídos por várias unidades, de entre as quais se encontram as USF.

Conforme o Quadro 15, *infra*, os intervenientes no processo de contratualização são:



**Quadro 15:** Os intervenientes no processo de contratualização

<b>Intervenientes</b>	<b>Funções</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Ministério da Saúde (órgão de tutela)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Atua através da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) com a responsabilidade estratégica compatibilizar o processo com os objetivos da política de saúde, visando a melhoria do nível de saúde da população.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Administrações Regionais de Saúde (ARS).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Operacionalizam todo o processo, desde a elaboração de contratos, à monitorização, à avaliação, até à negociação do sistema de incentivos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Entidades prestadoras (dentre as quais se encontram as USF)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>São incumbidas de desenvolverem a atividade que compatibilize os seus objetivos organizacionais, através da contratualização interna, com os níveis de desempenho definidos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Os cidadãos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Atuam igualmente como atores chave deste processo pois toda a produção é orientada no seguimento das suas carências ou necessidades.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria

A Metodologia da Contratualização CSP no ano de 2014 explicita as fases do processo de contratualização (externa e interna), inseridas no Quadro 16 *infra*:

**Quadro 16:** As fases do processo de contratualização

<b>Fase 1 – Planeamento e Negociação</b>	<b>Fase 2 – Monitorização e Acompanhamento</b>	<b>Fase 3 - Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Definição das necessidades em saúde e as prioridades de investimento com base na política de saúde definida;</li><li>Consideração das restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à partilha do risco;</li><li>Negociação do Plano de Desempenho;</li><li>Celebração do Contrato-Programa;</li><li>Assinatura da Carta de Compromisso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Execução do Contrato-Programa e do Compromisso Assistencial através da monitorização, da recolha sistemática de informação (através dos sistemas de informação) e consequente análise comparativa dos desempenhos reais das instituições face ao contratualizado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Encerramento do processo de contratualização em que todos os intervenientes no processo deverão avaliar de forma objetiva os resultados alcançados agindo em função dos mesmos.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia da Contratualização CSP, 2014

A negociação permite que o processo de contratualização estabeleça os objetivos e o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final, permitindo que os cuidados prestados sejam orientados para as necessidades em saúde de uma

população. É assim que este instrumento (contratualização) consegue introduzir mecanismos de correção no funcionamento dos sistemas de saúde e de contribuir para uma maior equidade (Escoval, 2010).

A fase da monitorização e acompanhamento estão unidas num processo só. Enquanto a primeira incide numa recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores, os quais devem traduzir aspetos específicos do desempenho, a segunda apresenta um conjunto de ações necessárias à correção de desvios e/ou replicação de bons resultados obtidos (ACSS, 2011).

O Quadro 16 *supra* reflete o carácter estratégico da contratualização que, ao assumir o papel de instrumento de gestão, implementou fases assentes num processo que lhe permita alcançar o entendimento de toda a complexidade que envolve a gestão de uma organização de saúde (SCARPI, 2010).

A gestão estratégica e o planeamento estratégico envolvem uma série de propósitos e ações que levam à prossecução dos objetivos organizacionais, desde avaliações de diagnósticos, passando pelo processo de planeamento, monitorização dos processos, fixação de objetivos ou avaliação da concretização dos mesmos.

O papel estratégico da contratualização é fortalecido pelo sistema de incentivos e monitorização de desempenho introduzidos no modelo de pagamento por atividade.

Pedroso (2010) define o processo de gestão estratégica em seis etapas as quais vão de encontro às fases do processo de contratualização, descritas no Quadro 17 *infra*:

**Quadro 17:** Etapas da gestão estratégica (Continua)

<b>Fases</b>	<b>Âmbito</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Influência dos <i>stakeholders</i>;</li> <li>▪ Definição da missão, visão, valores e cultura organizacional;</li> <li>▪ Análise do meio envolvente externo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- concorrência, política e economia;</li> </ul> </li> <li>▪ Análise do meio envolvente interno:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- recursos, processos e estrutura organizacional.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição da execução da estratégia ao nível do posicionamento e das opções e medidas a adotar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicação da implementação da execução da estratégia através de um plano de ação.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Pedroso (2010)

**Quadro 18:** Etapas da gestão estratégica (Continuação)

▪ Monitorização e controlo	▪ Os indicadores monitorizam o desempenho estratégico.
▪ Retroalimentação	▪ A organização entende que é necessário definir ajustes, mudanças ou adaptações ao inicialmente planeado.
▪ Aprendizagem	▪ Envolve processos e práticas que incentivam e motivam o aprendizado organizacional em gestão estratégica.

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Pedroso (2010)

O desenvolvimento dos sistemas de informação no âmbito da contratualização constitui um fator crítico de sucesso pois é através deles que é possível desenvolver indicadores de acompanhamento, recolher e preparar a informação (Escoval, 2010).

Os principais sistemas de informação utilizados no processo de contratualização são:

- Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) – suporta o processo de contratualização entre a Tutela e as entidades prestadoras.
- Sistema de Informação e Monitorização das Administrações Regionais de Saúde (SIARS) – objetiva a racionalização de recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis de forma a criar/melhorar/corrigir procedimentos ou métodos.

Este sistema recolhe as informações provenientes de vários programas de apoio às consultas médicas e às consultas de enfermagem, sendo os principais do ACES Baixo Mondego, o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS), o MedicineOne e o Vitacare.

- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (Mim@UF) – sistema de informação e de monitorização das Unidades Funcionais, permitindo que as mesmas façam a sua gestão.

Os registos clínicos assumem particular importância no processo de contratualização pois fornecem a informação necessária para a constatação da situação da morbilidade existente ao nível dos cuidados de saúde primários. O procedimento é efetuado através de uma codificação sistemática e rigorosa dos problemas de saúde nas listas de problemas e nas consultas.

Os instrumentos formais das fases 1 e 2 (Quadro 16 *supra*) abrangem determinados objetivos e características, os quais estão evidenciados no Quadro 19 *infra*:

**Quadro 19:** Características e objetivos dos instrumentos formais do processo de contratualização

Instrumento	Características e objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plano de Desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterização do ACES através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde;</li> <li>Definição de prioridades assistenciais;</li> <li>Identificação dos objetivos gerais e específicos para o ano seguinte;</li> <li>Apresentação do orçamento económico e a atividade assistencial;</li> <li>Explicitação dos recursos materiais, humanos e financeiros que os ACES têm ao seu dispor para o cumprimento da sua missão assistencial</li> <li>Inclui propostas de metas para os indicadores de desempenho elaboradas pelos ACES negociadas com as ARS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato Programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociação entre o Ministério da Saúde e os prestadores, formalizando o acordo estabelecido em sede de contratualização;</li> <li>Alinhamento com o definido no Plano de Desempenho;</li> <li>As entidades podem rever o seu plano estratégico a três anos, o que permite um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração bem como uma melhoria dos mecanismos de controlo de gestão Despacho nº 2508/2012, de 10 de dezembro;</li> <li>Objetiva a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos (Despacho nº 721/2006 de 11 de janeiro);</li> <li>Previsão do ajustamento das propostas de produção às necessidades em saúde da população, assegurando os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema de saúde, assim como da sua sustentabilidade económico-financeira;</li> <li>Definição das regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES;</li> <li>A sua monitorização visa a promoção de medidas corretivas e/ou potenciar bons resultados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de Compromisso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acordo do compromisso assistencial entre os coordenadores das USF e o ACES incidindo sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a afetação dos recursos necessários ao cumprimento do Plano de Ação;</li> <li>a carteira básica de serviços e a carteira adicional de serviços;</li> <li>a consequente compensação financeira global da equipa - só para o Modelo B;</li> <li>o manual de articulação ACES/USF.</li> </ul> </li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia da Contratualização CSP, 2014

### 1.2.5. Indicadores

“Unidades de medição que permitem acompanhar e avaliar em forma periódica, as variáveis consideradas numa organização. A variação é efetuada através da comparação com os valores ou padrões correspondentes preestabelecidos como referência.”

(Price, 1984)

Na utilização dos indicadores, o controlo de gestão é parte do processo administrativo. Consiste na responsabilidade da administração da organização estabelecer os indicadores com os quais será medida e avaliada a sua própria gestão (Grateron, 1999).

Os indicadores não consistem num objetivo mas antes numa ferramenta ou meio de avaliação através da sua comparação com padrões preestabelecidos. Assim, devem ter a capacidade de medir as atividades realizadas, os resultados obtidos e os recursos utilizados. A sua comparação com os valores-padrão deve permitir a identificação de variações importantes (Grateron, 1999).

#### 1.2.5.1. Indicadores de gestão

Visando a avaliação da gestão, a validade e a força dos indicadores depende das suas qualidades, as quais se encontram no Quadro 20 *infra*:

**Quadro 20:** As qualidades dos indicadores

Qualidades	
▪ Relevância	▪ Os valores reportados devem ser imprescindíveis para controlar, avaliar, informar, prestar contas, tomar decisões e estabelecer medidas corretivas.
▪ Pertinência	▪ A validade no tempo e espaço; ▪ Adequação para o que se pretende medir.
▪ Objetividade	▪ O cálculo a partir das magnitudes observadas deve ser preciso, sem possibilidade de interpretações erradas.
▪ Precisão	▪ A margem de erro deve ser calculada e aceitável, isto é, que não distorça a sua interpretação.

**Fonte:** Elaboração própria com base em AECA (1997)

(Continua)

**Quadro 21:** As qualidades dos indicadores

(Continuação)

▪ Sensibilidade	▪ A unidade de medição do indicador deve ser eficaz visando a identificação de pequenas variações e a sua relevância.
▪ Acessibilidade	▪ Deve considerar um custo benefício, ou seja, o custo para obter o resultado da aplicação do indicador deve ser menor que o benefício da informação que fornece e, ao mesmo tempo, deve ser fácil de calcular e interpretar.

**Fonte:** Elaboração própria com base em AECA (1997)

A classificação dos indicadores incide em três critérios – âmbito, objeto e natureza (AECA, 1997).

No que se refere ao seu âmbito de atuação, os indicadores podem ser internos quando consideram variáveis de funcionamento interno; e externos quando consideram o efeito ou impacto fora da entidade, atividades e serviços prestados.

Relativamente ao objeto a medir, os indicadores podem ser de:

- De resultado – medem os resultados obtidos em comparação com os resultados esperados. Geralmente referem-se a indicadores de eficiência, considerando os objetivos fixados;
- De processo – consideram aspetos relacionados com as atividades e a sua eficiência. Utilizam-se, normalmente, quando não é possível utilizar indicadores de resultado;
- De estrutura – Visam avaliar o custo e a utilização dos recursos. Pela sua natureza, são considerados como indicadores de economia;
- Estratégicos – procuram avaliar aspetos não relacionados diretamente com as atividades desenvolvidas mas que têm efeito sobre os resultados destas.

No que se refere à sua natureza, o Quadro 22 *infra* explicita os critérios:

**Quadro 22:** Classificação dos indicadores

Natureza dos indicadores	
▪ Economia	▪ Relacionada com as condições de aquisição dos recursos pela entidade. Ou seja, quando são adquiridos recursos adequados (em qualidade e quantidade), ao menor custo possível, considerando as condições de aquisição.

**Fonte:** Elaboração própria com base em AECA (2002)

(Continua)

**Quadro 23:** Classificação dos indicadores (continuação)

▪ Eficiência	▪ Relação entre <i>inputs</i> e <i>outputs</i> . Ou seja, o desempenho é eficiente quando se maximizam os resultados com a obtenção ou prestação de um bem ou serviço com o mínimo possível de recursos, mantendo a qualidade e a quantidade desejada.
▪ Eficácia	▪ Medição do grau de cumprimento dos objetivos e metas fixadas, comparando-se os resultados obtidos com os resultados esperados.
▪ Efetividade	▪ Medição do impacto ou efeito que tem a atuação pública, comparando os resultados alcançados com os idealizados.
▪ Excelência	▪ Medição da qualidade dos serviços públicos, através de medidas de melhoria contínua ( <i>kaizen</i> ), satisfazendo as necessidades do beneficiário do serviço com o mínimo consumo de recursos.
▪ Equidade	▪ Medição da igualdade de possibilidades que têm os grupos sociais menos favorecidos, através da comparação com as possibilidades da média do país.
▪ Ambiente	▪ A informação sobre a evolução socioeconómica permite que a administração pública se adapte às necessidades dos cidadãos.
▪ Evolução sustentável	▪ Capacidade da administração pública manter um serviço com a qualidade esperada durante um longo período de tempo.

**Fonte:** Elaboração própria com base em AECA (2002)

A AECA (1997) defende que é complexo aplicar indicadores de gestão para medir e comparar o desempenho. Algumas das dificuldades incidem na falta de indicadores, falta de clareza nos objetivos, nas metas e nas atividades realizadas e na dificuldade para fixar e quantificar os objetivos sociais.

Talvez o problema incida na dificuldade da mensuração do custo dos *inputs*, da qualidade dos *outputs* e dos benefícios esperados (*outcomes*).

Outro entrave à utilização de sistemas de controlo de gestão através de indicadores consiste na dificuldade de mensurar primeiro os objetivos sociais de um programa ou atividade pública e em segundo os eventuais efeitos favoráveis ou desfavoráveis derivados de outro programa ou atividade (Grateron, 1999).

No entanto, os benefícios da utilização de indicadores superam as limitações referenciadas, dado que os mesmos têm tido um papel fundamental no desenvolvimento e fortalecimento da administração pública e na qualidade dos serviços que presta.

### 1.2.5.2. Indicadores de saúde

Existem várias definições de indicadores de saúde. O Dicionário de Epidemiologia define indicador de saúde como “[...] uma variável que pode ser medida directamente e reflete o estado de saúde das pessoas de uma comunidade” (Pereira, 1998).

Os indicadores devem evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema. Além disso, devem ainda: incluir áreas de significância clínica para uma determinada população; referir-se a complicações de um procedimento importante ou representar um custo elevado (ISQUA, 1999).

As boas práticas na saúde têm uma interpretação diferente, por mais clara que seja a sua compreensão. E, além disso, é possível que as mesmas não garantam resultados adequados. Nesse sentido, para Mainz (2001), os indicadores podem ser usados para a avaliação, o estabelecimento de prioridades, a melhoria contínua da qualidade, a documentação da qualidade e da assistência ou para comparação entre instituições e dentro de uma mesma ao longo do tempo (*benchmarking*).

A construção de um indicador consiste num processo de complexidade variável, a qual vai desde a contagem direta, como o número absoluto de mortes maternas, até ao cálculo de razões, proporções e taxas (Pereira, 1998).

Os indicadores mais simples utilizados em saúde pública são geralmente medidas de prevalência – número de pessoas com uma determinada característica que vivem numa determinada população, num certo período de tempo; e de incidência – número de novos casos de um problema de saúde que acontecem numa determinada população durante um período de tempo conhecido (Matias *et al.*, 2007).

A OMS aponta indicadores gerais, os quais podem ser divididos em quatro grupos:

**Quadro 24:** Grupo de indicadores de saúde

<b>Indicadores de Estado de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tentam traduzir resultados em saúde ou os défices evidenciados num determinado tipo de população, através de dimensões tais como:<ul style="list-style-type: none"><li>- Mortalidade</li><li>- Morbilidade</li><li>- Incapacidade</li><li>- Bem-Estar físico, mental e social</li></ul></li></ul>
---------------------------------------	---

**Fonte:** Elaboração própria com base no PNS (2012-2016)

(Continua)



**Quadro 25:** Grupo de indicadores de saúde

(Continuação)

<b>Indicadores de Determinantes de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Possibilitam o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde, tais como:<ul style="list-style-type: none"><li>- Comportamento</li><li>- Condições de vida e trabalho</li><li>- Recursos pessoais e Ambientais</li></ul></li></ul>
<b>Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Auxiliam a análise da qualidade do sistema de saúde através de:<ul style="list-style-type: none"><li>- Aceitabilidade</li><li>- Acesso</li><li>- Qualidade</li><li>- Capacitação do cidadão</li><li>- Integração de cuidados</li><li>- Efetividade</li><li>- Eficiência</li><li>- Segurança</li></ul></li></ul>
<b>Indicadores de Contexto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fornecem informações contextuais úteis, permitindo comparar populações entre si e ao longo do tempo.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no PNS (2012-2016)

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) aponta os principais indicadores de saúde relativos ao período 2010 – 2014. Sendo que para além da natalidade e da mortalidade, existem os seguintes indicadores relativos à população:

- Índice de dependência total;
- Índice de dependência de jovens;
- Índice de dependência dos idosos;
- Índice de juventude;
- Índice de envelhecimento;
- Índice de longevidade;

Uma vez que existem inúmeras definições de saúde e dificuldades em mensurar a mesma, a tendência é a utilização de indicadores mais abrangentes como a esperança de vida no nascimento. No entanto, há necessidade de desenvolver indicadores mais específicos e capazes de traduzir com fiabilidade a realidade e complexidade da saúde (Malik e Schiesari, 1998).

Barroso (2011) defende que é cada vez mais prioritário que existam processos de implementação, monitorização e melhoria da qualidade nas organizações em geral e

em particular nas áreas da saúde. Com vista a garantir a prestação de cuidados efetivos e eficientes em conformidade com as necessidades e expectativas dos clientes ou utentes.

O conceito de qualidade encontra-se ligado ao *empowerment* de todos os colaboradores envolvidos numa mesma organização, os quais detêm autoridade e competência para tomar decisões que normalmente seriam dadas aos gestores. O citado *empowerment* é sinónimo de uma crescente melhoria dos produtos e serviços, bem como da satisfação do cliente e dos colaboradores da organização, traduzindo-se em inúmeras vantagens tais como na redução de custos e no não desperdício de tempo (Chiavenato, 2004).

No que se refere à qualidade é possível empregar indicadores que analisam as várias dimensões da qualidade propostas pela tríade de Donabedian (1990). A qual avalia os sistemas de saúde através dos seus principais elementos: estrutura, processo e resultado, contribuindo para uma compilação do que são os sete pilares da qualidade expostos no Quadro 26, *infra* (Ribeiro; Madureira, 2010):

**Quadro 26:** Os sete pilares da Qualidade

▪ Equidade	▪ Como determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para a comunidade, população ou sociedade.
▪ Adequação ou otimização	▪ Estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo económico.
▪ Eficácia	▪ Constituindo a habilidade da ciência e da arte da assistência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar.
▪ Eficiência	▪ Consistindo na relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo económico.
▪ Efetividade	▪ Como a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o potencial esperado.
▪ Legitimidade	▪ Possibilidade de se adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo, implicando conformidade individual, satisfação e o bem-estar da coletividade.
▪ Conformidade ou aceitabilidade	▪ A adaptação dos cuidados médicos e da atenção à saúde, às expectativas, aos desejos e valores dos pacientes e familiares.

**Fonte:** Elaboração própria com base em Donabedian (1990)

Para os sistemas de saúde funcionarem é necessário que os serviços de saúde sejam utilizados. Nesse sentido, existem determinados fatores que influenciam essa utilização, conforme o descrito no Quadro 27 *infra*:

**Quadro 27:** Fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde

<b>Necessidade de saúde</b>	<b>Utilizadores</b>	<b>Prestadores de serviços</b>	<b>Política</b>	<b>Organização</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Morbidade</li> <li>▪ Gravidade e urgência da doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características demográficas (idade e sexo)</li> <li>▪ Geográficas (região)</li> <li>▪ Socioeconómicas (rendimento, educação)</li> <li>▪ Culturais (religião)</li> <li>▪ Psíquicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características demográficas (idade e sexo)</li> <li>▪ Habilitações literárias</li> <li>▪ Características psíquicas</li> <li>▪ Experiência profissional</li> <li>▪ Tipo de prática</li> <li>▪ Forma de pagamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo de sistema de saúde</li> <li>▪ Financiamento</li> <li>▪ Tipo de seguro de saúde</li> <li>▪ Quantidade</li> <li>▪ Tipo de distribuição dos recursos</li> <li>▪ Legislação e regulamentação profissional do sistema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos disponíveis</li> <li>▪ Características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, centros de saúde)</li> <li>▪ Modo de remuneração</li> <li>▪ Acesso geográfico e social</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base em Travassos e Martins (2004)

No setor da saúde o acesso está relacionado com as facilidades e as dificuldades em obter o tratamento desejado, estando ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos (Frenk, 1992). Para Donabedian (1990), a acessibilidade encontra-se subdividida em sócio organizacional e geográfica.

A eficiência em saúde é definida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um determinado nível de qualidade.

A abordagem do sistema de saúde costuma ser feita em função de indicadores de saúde da população. A qual sofre limitações resultantes do facto de que a definição de saúde e dos respetivos serviços não ser uniforme. Esta preocupação ganhou relevância com a perceção dos crescentes custos da assistência à saúde, bem como da limitação dos recursos disponíveis (Malik e Schiesari, 1998).

### 1.2.6. Incentivos

*“A questão crucial em análise não é, simplesmente, se um sistema de incentivos afeta as decisões dos médicos (porque qualquer sistema o faz), mas antes se as distorce...”*

Ana Sofia Ferreira (2003)

A mobilização dos trabalhadores para o alcance de determinadas metas ou reforço de determinados comportamentos pode ser impulsionada pelos incentivos (Fekete; Almeida, 2000).

Por norma, os incentivos assumem a forma de bonificação baseada no desempenho o qual é analisado com base em alguns indicadores tais como a produtividade, volume de produção, lucros, entre outros (Escoval, 2010).

A eficácia de um programa de incentivos depende da apresentação de certos aspetos: ter objetivos claros; ser realista e aplicável; deve refletir as necessidades dos profissionais de saúde; ser bem desenhado estrategicamente; estar adequado ao contexto; ser justo, equitativo e transparente; poder ser medido e acompanhado e incorporar elementos financeiros e não financeiros (OMS, 2008).

Para Santana (1999), a operacionalização de incentivos profissionais financeiros consiste num mecanismo de gratificação do trabalho que não pode ser substituto do salário e a sua aplicação só deve acontecer quando as metas e os indicadores forem alcançados. Contudo, deve ter-se em consideração que a recompensação dos profissionais de saúde com base em resultados não é garantia automática de maior e melhor desempenho (Fekete; Almeida, 2000)

O perigo da utilização do incentivo profissional por longos períodos pode colocar em risco a universalidade da premiação, induzindo a um comportamento oportunista e conservador na definição de metas (Reis, 2010). Nesse sentido, a proximidade entre os profissionais de saúde e os gestores é importante para a definição de objetivos e metas (Santos, 1998).

Das várias especificidades do setor da saúde ressalta a relação de agência imperfeita existente entre os prestadores de cuidados (agente) e o pagador (principal ou o Estado) (Tomás; Moreira, 2010). E porquê? Devido à assimetria de informação

existente entre os dois. Nesse sentido, o sistema de incentivos assume um papel fundamental ao tentar delinear o processo mais adequado para fazer valer os interesses do agente e do principal (Escoval, 2010).

O conhecimento, a autonomia nos processos de decisão clínica e a informação relativa ao impacto e resultado das suas atividades, conferem ao agente um papel central na análise e na implementação da metodologia dos incentivos (Tomás; Moreira; 2010). Torna-se assim mais viável identificar quais os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais, definir quais os indicadores de qualidade a implementar e ainda compreender qual a motivação existente para responder aos incentivos.

De acordo com Smith e York (2004), a aplicação de incentivos financeiros nos sistemas de saúde parece influenciar a prática clínica, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados, atribuída à definição e avaliação de indicadores e ao aumento da produtividade, por introduzir competitividade nos sistemas de saúde. Por outro lado, Quaye (2003) considera que os incentivos alteram a prática clínica ao provocarem um aumento da produtividade através da introdução da competitividade interna no sistema de saúde.

Para a ciência económica, o impacto dos incentivos financeiros no comportamento dos médicos é considerável. Todavia, há argumentos de natureza psico e sociológica que se tornam relevantes, por exemplo, o código ético a que cada médico está vinculado (o melhor interesse do doente) ou as características do ambiente organizacional (participação dos médicos na gestão e na negociação dos objetivos) (Ferreira, 2003).

Petersen *et al.* (2006) defendem que as investigações efetuadas sobre incentivos não são unânimes em considerar uma forma ideal de calcular e implementar esses mesmos incentivos, sendo que existem aspetos transversais tais como a *performance*, a qualidade de cuidados prestados, a seleção adversa, custos e resultados. Como tal, as organizações devem definir previamente qual o objetivo que pretendem atingir (Safavi, 2006)

Apesar dos incentivos poderem aumentar a produtividade e melhorarem a qualidade, a resposta dos profissionais nem sempre corresponde à expectativa inicial (Doran *et al.*, 2006). Aliás, de acordo com Petersen *et al.* (2006), um incentivo de apenas 5% pode influenciar inicialmente o comportamento do profissional.

A motivação está diretamente ligada ao conceito de incentivo, sendo que a primeira pode ser reduzida no ambiente interno da organização em detrimento da subjugação aos instrumentos financeiros (Roland *et al.*, 2006). Nessa ótica, Paleologu *et al.*, 2006 defendem que a melhoria da motivação começa por consistir num processo de ajuste de expectativas organizacionais, sendo efetuado por meio do conhecimento do perfil de cada colaborador.

As medidas de processo são mais sensíveis às diferenças de qualidade do que as medidas de *outcome* pois um mau resultado não resulta necessariamente de um problema de qualidade do processo que o originou. Acrescenta-se ainda que os *outcomes* consistem em metas muitas vezes difíceis de atingir e não dependem integralmente da atuação do profissional, razão pela qual os incentivos não devem ser só baseados nos resultados (Petersen *et al.* 2006).

Assim, para Kazandjian (2010), a solução para o devido ajuste na implementação dos incentivos, consiste na introdução de incentivos baseados em medidas de processo e medidas de resultado.

No contexto da reforma do SNS e tal como foi referenciado no presente trabalho, a inexistência de um sistema remuneratório sem incentivos que premiasse e estimulasse melhores desempenhos, consistiu num dos fatores que contribuíram para sua difícil implementação e evolução, resultando numa insuficiente prestação de cuidados e numa crescente desmotivação dos profissionais. Por conseguinte, uma das medidas implementadas pela RCSP consistiu numa política de incentivos ao desempenho e à qualidade a aplicar às USF.

É nesta envolvente que se insere e atua a contratualização de metas de desempenho com as USF, a qual deve conduzir a esforços tangíveis na melhoria da acessibilidade, do desempenho assistencial e económico, bem como é seu dever distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a distribuição de recompensas suportadas pelos ganhos de eficiência. Para ser efetiva, a gestão por objetivos resultante do processo de contratualização, implica que sejam associados incentivos aos mecanismos de avaliação, os quais devem ser distribuídos para as equipas de saúde e para os profissionais que as integram (Portaria nº 301/2008, de 18 de abril).

## CAPÍTULO II – AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

*“As Unidades de Saúde Familiar têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (art.º. 4º do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto).*

A exposição e fundamentação do texto que se segue, neste ponto em concreto, têm como base os normativos:

**Quadro 28:** Normativos das USF

<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>
▪ Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro	▪ Estabelece a disciplina de lançamento e implementação das USF
▪ Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto	▪ Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir
▪ Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro	▪ Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços
▪ Despacho nº 24 100/2007, de 22 de outubro	▪ Define os modelos de desenvolvimento das USF
▪ Portaria nº 301/2008, de 18 de abril	▪ Regula os critérios e condições para atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram
▪ Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro	▪ Primeira alteração à Portaria nº 301/2008, de 18 de abril

**Fonte:** Elaboração própria

### 2.1. Características gerais

**Quadro 29:** As Unidades de Saúde Familiar – características gerais

<b>Adesão</b>	▪ Candidatura voluntária à ARS em que se inserem
<b>Constituição</b>	▪ Equipas multiprofissionais: médicos, enfermeiros e administrativos
<b>Autonomia</b>	▪ Organizativa, Funcional e Técnica
<b>Objetivos</b>	▪ Acessibilidade, Adequação, Eficiência e Qualidade
<b>Organização</b>	▪ Modelo A, Modelo B, Modelo C
<b>Funcionamento</b>	▪ Baseado no modelo empresarial participativo

**Fonte:** Elaboração própria

O Quadro 29 *supra* evidencia, de um modo geral, as particularidades das USF.

As candidaturas para as primeiras USF tiveram início em março de 2006 e a entrada em atividade ocorreu em setembro do mesmo ano.

As USF, inseridas num quadro de contratualização interna, consistem em unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares que visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde, de forma a responderem de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias (utentes).

Os profissionais das USF trabalham na área dos CSP, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção da doença mas também adotam funções de vigilância e auxílio no tratamento das doenças crónicas e de situações de doenças agudas.

O seu Plano de Ação abrange o compromisso assistencial, os objetivos e ainda os indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Tudo isto é formalizado através da assinatura de uma carta de compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACES e destes com as ARS sendo as USF avaliadas e responsabilizadas pelo seu desempenho.

Com vista a avaliar o cumprimento dos objetivos a que se propuseram e a detetar precocemente problemas nesse âmbito, as USF devem implementar um plano de acompanhamento interno.

Os seus sistemas de informação são fundamentais para a resposta aos indicadores e para manter uma base de dados credível e fiável.

Estas unidades funcionais estabelecem ainda acordos de intersubstituição que garantam o atendimento ao utente no próprio dia e uma hierarquia técnico-científica de forma a garantir a qualidade do serviço.

A formação é deveras muito importante para as USF. Como tal, desenvolvem um plano de desenvolvimento de competências.

O funcionamento das USF insere-se no modelo de gestão participativa, o qual pode ser considerado forte motivação de uma equipa, colocando-se a ênfase no envolvimento da prossecução do alcance dos objetivos comuns (Maciel 2011). Além disso, este estilo de gestão fomenta a participação dos profissionais nas tomadas de



decisão transmitindo-lhes a motivação, a capacidade de reflexão e o aumento da auto estima, o que conseqüentemente se traduz num maior desempenho e criatividade (Tavares 2010).

Para o desenvolvimento do seu trabalho das USF, os ACES afetam-lhes os recursos necessários ao cumprimento do Plano de Ação. Uma vez que a utilização dos recursos deve ser o mais eficiente possível, devem ser criados instrumentos que favoreçam e articulem as atividades.

Acresce ainda que as USF podem ser consideradas extintas pelos ACES caso se verifique o incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso.

O Quadro 30 *infra* descreve os modelos em que se inserem as USF, com a ressalva de que as USF podem transitar de um modelo para outro:

**Quadro 30:** Os modelos de desenvolvimento das USF

Modelo A	Modelo B	Modelo C
USF do setor público administrativo com regras remunerações definidas pela Administração Pública	USF do setor público administrativo com um nível de contratualização de desempenho mais exigente	Supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS
Possibilidade de contratualização de carteira adicional de serviços (paga em regime de trabalho extraordinário)	Remuneração mensal para os médicos, enfermeiros e administrativos: remunerações-base, suplementos e compensações pelo desempenho	Atividade assente num contrato programa celebrado com a respetiva ARS
Possibilidade de contratualização do cumprimento de metas traduzindo-se em incentivos institucionais a reverter para as USF	Possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços e indicadores que se traduzam em incentivos institucionais	Até ao momento não existem USF modelo C apesar do governo ter nomeado um grupo de trabalho com o objetivo de analisar as condições de abertura, a título experimental, ao setor social e cooperativo (Despacho nº 12876/2012, de 1 de outubro)
	Possibilidade de atribuição de incentivos financeiros a enfermeiros e administrativos	
	Devem aceitar participar no processo de acreditação num período máximo de três anos	

**Fonte:** elaboração própria com base no Despacho nº 24 100/2007 de 22 de outubro

Salienta-se que a diferenciação entre os modelos de USF resulta de três dimensões estruturantes:

- grau de autonomia organizacional;
- diferenciação do modelo retributivo e dos incentivos dos profissionais; e, ainda;
- o modelo de financiamento e estatuto jurídico.

Assim, o modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, constituindo num primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. As USF inseridas neste modelo ainda têm enraizado o trabalho individual isolado e ainda não seguem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.

Já o modelo B é o adequado para equipas com maior amadurecimento organizacional. Neste modelo, o trabalho em equipa de saúde familiar constitui uma prática efetiva e as USF estão preparadas para um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, o que se traduz por metas com valores médios tendencialmente mais elevados.

Depreende-se que, neste contexto, as diferenças entre os dois modelos A e B são exetáveis mas ligeiras, uma vez que estas unidades devem trabalhar para concretizar o seu compromisso assistencial

O Modelo C é experimental sendo as USF a constituir definidas em função das quotas estabelecidas pelas ARS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído.

O compromisso assistencial nuclear - contratualização de elementos fundamentais em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem – é inerente a todos os modelos USF e pode variar em função das características da população abrangida, dos períodos de funcionamento e cobertura de assistência e das atividades da carteira adicional de serviços.

Enquanto compromisso assistencial nuclear, a carteira básica de serviços descrita no Quadro 31 *infra* é comum a todas as USF, independentemente do modelo em que se inserem. Entretanto, sem nunca colocar em risco a concretização da carteira básica de serviços e em função das necessidades identificadas dos utentes e da disponibilidade de recursos humanos e técnicos, as USF podem ainda contratualizar a prestação de cuidados de saúde adicionais (ver Quadro 31 *infra*):

**Quadro 31:** Carteiras de serviços das USF

Carteira básica de serviços	Carteira adicional de serviços
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diferentes fases da vida;</li> <li>▪ Cuidados em situação de doença aguda;</li> <li>▪ Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;</li> <li>▪ Cuidados no domicílio;</li> <li>▪ Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação;</li> <li>▪ Horário das 08:00h as 20:00h (dias úteis);</li> <li>▪ Possibilidade de alargamento ou redução do horário de acordo com as características geodemográficas, com a lista de utentes e o nº de elementos da equipa profissional;</li> <li>▪ Lista de utentes: mínimo de 1917 unidades ponderadas correspondentes a 1550 utentes/médico;</li> <li>▪ O desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados continuados integrados e na colaboração com outras unidades funcionais em programas específicos de intervenção na comunidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>- atendimento a adolescentes e jovens;</li> <li>- saúde oral;</li> <li>- saúde escolar;</li> <li>- saúde ocupacional;</li> <li>- projetos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social; e ainda</li> <li>- a prestação de outros cuidados pertinentes para o cumprimento dos objetivos do Plano Nacional de Saúde).</li> </ul> </li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base na Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro

O Quadro 32 *infra* destaca alguns aspetos que contribuíram para o sucesso da implementação destas inovadoras unidades funcionais.

**Quadro 32:** Pontos fortes da implementação das USF

Parâmetros
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A recuperação do conceito enfermeiro de família e da importância da intervenção comunitária.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O enriquecimento das funções administrativas e o reforço da noção de equipa de saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O modelo adotado para as USF de onde se destacam o Regime Remuneratório Experimental e os Projetos-Alfa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os diferentes níveis de decisão criaram grupos de acompanhamento para monitorizar a evolução.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A existência da componente <i>bottom-up</i>, incutindo uma maior responsabilização e envolvimento dos profissionais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A atribuição de um papel central para a governação clínica (desenvolvida no ponto 1.1.2.3. do presente trabalho) que ganha especial forma com as USF, uma vez que consiste num processo que incute uma maior responsabilização das mesmas pela melhoria contínua dos serviços prestados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria adaptado de Essência das USF – Encontro Nacional das USF, Lisboa ISCTE, 2013.

## 2.2. Contratualização de indicadores para atribuição de incentivos

Braga (2013) defende que a definição de indicadores de saúde, a sua contratualização e a sua avaliação evidenciam um nível de envolvimento e de responsabilização notáveis por parte da tutela, dos profissionais de saúde e da população e refletem um desejo de garantia e melhoria dos cuidados prestados.

Para a mesma autora, os indicadores de saúde até agora propostos em Portugal sofrem de problemas de dimensão, relevância e cálculo. No caso dos indicadores de desempenho assistencial, as metas aproximam-se cada vez mais dos 100%, apenas porque isso parece lógico aos gestores, seguramente sem formação do ponto de vista clínico.

Os valores das metas tendem a ser gradualmente mais elevados ano após ano uma vez que pretendem refletir uma progressão da melhoria da qualidade de cuidados prestados, mas estão desfasados de um enquadramento clínico e assistencial realista, das circunstâncias locais, dos contratempos pessoais e dos sistemas de saúde reais.

No SNS, os indicadores de desempenho surgem pela primeira vez no Despacho Normativo nº 9/2006, com a designação de indicadores de monitorização.

No que se refere aos indicadores contratualizados com as USF, estes são de “resultado” (*outcome*), pois monitorizam o efeito.

A MCSP desenvolveu um conjunto de indicadores a utilizar no acompanhamento e contratualização com as USF. Assim, foi introduzido um novo sistema retributivo nos CSP, traduzido no pagamento por desempenho aos profissionais de saúde em função da dimensão da lista de utentes e do cumprimento de tarefas contratuais.

As metas a contratualizar com as USF não devem ser impraticáveis, pois caso o sejam, contribuem para a desmotivação das equipas e para o descrédito do processo de contratualização (Afonso, 2010). Acredita-se ainda que um pequeno número de indicadores em conjunto possa representar o desempenho de um serviço, independentemente da validade de cada indicador individualmente (Kazandjian, 2010).

O processo de contratualização implica um acompanhamento e avaliação rigorosos para que seja aperfeiçoado continuamente. Aliás, o facto de existirem USF Modelos A, B e C com tipos de financiamento diferentes pode determinar o ajustamento dos modelos de contratualização às diferentes realidades (Afonso, 2010).

A contratualização de objetivos ou metas a atingir pelas USF para atribuição de incentivos incidem nas áreas do acesso, desempenho assistencial, qualidade e eficiência:

- Acesso - equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários. A cobertura populacional dos serviços é essencial ao sucesso da prestação, assim como o papel do *gatekeeper*<sup>1</sup> dos CSP para a sustentabilidade financeira do SNS e da contenção de despesa para o cidadão.
- Qualidade - técnico-científica, segurança, humanização, aceitabilidade, continuidade e adequação na manutenção de elevados padrões assistenciais;
- Desempenho assistencial - potenciação dos resultados; e
- Eficiência - eficiência interna e maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, visando a sustentabilidade económica do SNS.

Os critérios e as condições para a atribuição dos incentivos institucionais foi primeiramente definida pela Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, a qual determinou a contratualização de 15 indicadores entre as USF e as ARS, dos quais 13 eram comuns a todas as USF e 2 eram selecionados por cada USF sendo validados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP).

Mais tarde, a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro altera a disposição legal supracitada ao introduzir um índice global de desempenho e um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF que permita abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, e reforçar o número de indicadores de resultado.

Assim, para a atribuição de incentivos institucionais, passaram a ser contratualizados 22 indicadores (ver Quadro 20) entre as USF e os ACES, distribuídos por três eixos (Nacional, Regional, Local – ACES e Local – USF), definidos a cada três anos, conforme o Quadro *infra*:

---

<sup>1</sup> O médico de família, o médico de medicina interna ou o pediatra geral são os profissionais mais eficientes para esta função, devendo ser acessíveis a toda a população (OPSS, 2013).

**Quadro 33:** A contratualização de indicadores

Indicadores	Termos
▪ 12 indicadores comuns a todas as USF definidos pela ACSS, IP	▪ De acordo com as prioridades da Política de Saúde definida para o período considerado, com base no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde e em Programas de Saúde Prioritários em termos de: - Acesso; - Desempenho assistencial; - Satisfação dos utentes; - Eficiência;
▪ 4 indicadores são selecionados pela ARS	▪ Em termos de acesso e/ou desempenho assistencial, conforme as prioridades definidas no PNS e nos PSP a nível regional.
▪ 2 indicadores são definidos pelos ACES.	▪ Em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.
▪ 4 indicadores são propostos pelas USF2	▪ Em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

**Fonte:** Elaboração própria adaptado da Portaria nº 377-A/2013 de 30 de dezembro

No que se refere aos indicadores contratualizados para a atribuição de incentivos financeiros, a Portaria nº 301/2008, de 18 de abril definiu que os mesmos incidiriam em atividades decorrentes de vigilância nos seguintes grupos populacionais: mulheres em planeamento familiar e grávidas; crianças do nascimento até ao segundo ano de vida; diabéticos e hipertensos.

A Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro mantém os mesmos grupos de vigilância, acrescentando as atividades relacionadas com rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade.

Os critérios de definição das metas para cada indicador consideram:

- o valor previsto no Plano de Ação da USF, no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional);
- o histórico de resultados alcançados na USF no contexto do ACES ao nível regional e nacional;
- a evolução de taxa de esforço ao longo dos anos de atividade da USF;

---

<sup>2</sup> Estes indicadores são específicos para cada USF.

- os recursos disponíveis em cada USF e a análise das variáveis de contexto referentes à prestação de cuidados à população;
- as boas práticas de prestação de cuidados de saúde.

O apuramento dos resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros é realizado pelas ARS.

Ressalva-se o facto de que o incumprimento das metas contratualizadas não é considerado caso não haja disponibilização dos recursos necessários fixados na carta de compromisso no prazo estipulado.

### **2.2.1. Métrica dos indicadores contratualizados**

Até ao ano de 2013, o processo de avaliação de cada um dos indicadores contratualizados assenta em três classificações qualitativas possíveis (intervalos de cumprimento): atingido, quase atingido e não atingido. A esta classificação corresponde um sistema de pontuação dois, um e zero respetivamente (DCARS, 2009).

Em 2014, a métrica de avaliação dos indicadores contratualizados no âmbito da atribuição dos incentivos institucionais deixa de estar fundamentada num sistema de pontuação simples consoante o nível de cumprimento obtido e no seu somatório global, para passar a apoiar-se num sistema mais complexo que está na baseado em ponderações e pesos relativos de cada indicador, na sua multiplicação pelas taxas de execução das metas contratualizadas e na obtenção de um Índice de Desempenho Global (IDG), o qual resulta do somatório dos produtos atrás referidos.

Os indicadores financeiros foram também sujeitos à mudança de critério na definição dos universos. No entanto, na maioria dos indicadores mantiveram-se os focos temáticos da anterior metodologia.

### 2.2.1.1. Métrica dos indicadores para atribuição de incentivos institucionais

Até 2013, a métrica das metas contratualizadas para atribuição dos incentivos institucionais às USF Modelo A e Modelo B é a mesma. O Quadro 34 *infra* explicita o funcionamento da mesma:

**Quadro 34:** Métrica das metas contratualizadas para atribuição de incentivos institucionais

Estado	Pontuação	Classes	
		Acesso/Desempenho Assistencial/ Satisfação dos Utentes	Eficiência
Atingido	2	>90%	<=100%
Quase atingido	1	[80%, 90%]	[100%, 105%]
Não atingido	0	<80%	>105%

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012 e 2013

Caso se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores, a atribuição do incentivo institucional é de 100% conforme o Quadro 35 *infra*:

**Quadro 35:** Atribuição de 100% de incentivos institucionais

Classes	Nº de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (90%)
Acesso	4	8	7
Desempenho assistencial	8	17	14
Satisfação dos utentes	1	2	2
Eficiência	2	4	4

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012 e 2013

O valor dos incentivos institucionais é atribuído a 50% nos casos em que se verifique cumulativamente o compromisso nas quatro classes de indicadores e em que pelo menos um dos indicadores de eficiência é cumprido. O Quadro 36 *infra* explica as condições:



**Quadro 36:** Atribuição de 50% de incentivos institucionais

Nº de indicadores contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (80%)
15	30	24

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012 e 2013

Em 2014, é introduzido o Índice de Desempenho Global (IDG), o qual é aplicado de acordo com os seguintes conceitos:

- O grau de cumprimento de cada indicador corresponde à percentagem de concretização da meta definida. Calcula-se mediante a divisão entre o resultado obtido e a meta contratualizada;
- O grau de cumprimento ajustado de cada indicador corresponde ao grau de cumprimento do indicador balizado por um limite superior e inferior. Os limites aplicam-se para que:
  - apenas contribuam para o score que determina a atribuição de incentivos, os indicadores que tenham determinado nível de cumprimento e;
  - impedir que outros níveis de concretização muito positivos ou muito negativos, que podem ser resultado de metas desadequadas ou de fatores imprevisíveis possam afetar de forma determinante o IDG.

Assim, à exceção dos indicadores da taxa de utilização, vacinação e de eficiência, foram definidos os seguintes limites:

- Se o grau de cumprimento do indicador for inferior a 90%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 0%;
- Se o grau de cumprimento do indicador for igual ou superior a 90% e igual ou inferior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual ao próprio valor;
- Se o grau de cumprimento do indicador for superior a 110%, o grau de cumprimento ajustado é igual a 110%.

### 2.2.1.2. Métrica dos indicadores para atribuição de incentivos financeiros

Para os anos 2012, 2013 e 2014 a métrica para atribuição de incentivos financeiros é a inserida no Quadro 37 *infra*:

**Quadro 37:** Métrica de avaliação das metas contratualizadas para atribuição de incentivos financeiros

Estado	Pontuação por atividade	Indicador
Atingido	2	>90%
Quase atingido	1	[80%, 90%]
Não atingido	0	<80%

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012, 2013 e 2014

O valor dos incentivos é atribuído na totalidade caso exista o cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho, conforme explicitado no Quadro 38 *infra*:

**Quadro 38:** Atribuição de 100% de incentivos financeiros

Nº de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (90%)
17	34	30

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012, 2013 e 2014

Caso se verifique o cumprimento das metas nos 17 indicadores de desempenho nos termos do Quadro 39 *infra*, o valor dos incentivos é atribuído a 50%:

**Quadro 39:** Atribuição de 50% de incentivos financeiros

Nº de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100%)	Pontuação mínima a obter (75%)
17	29	25

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012, 2013 e 2014

### 2.3. Sistema remuneratório e de incentivos

As USF (médicos, enfermeiros e administrativos) podem aceder a um sistema retributivo, o qual premeia a igualdade de acesso, o desempenho individual e coletivo para a eficiência e a qualidade.

Para além das remunerações, compensações e suplementos pelo desempenho atribuídos aos profissionais das USF, podem ainda ser atribuídos outros incentivos (ver Quadro 40 infra) que consistem na entrega, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados, de prémios institucionais e financeiros e visam apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais:

**Quadro 40:** Modalidades de incentivos das USF

Institucionais	Financeiros
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Acessibilidade aos Modelos A e B.</li><li>▪ Prémios institucionais para reinvestimento na própria USF, na seguinte medida:<ul style="list-style-type: none"><li>- distribuição de informação técnica;</li><li>- participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários;</li><li>- apoio à investigação.</li></ul></li><li>▪ São aferidos pelo desempenho, medido por indicadores, em quatro áreas:<ul style="list-style-type: none"><li>- acessibilidade;</li><li>- desempenho assistencial;</li><li>- satisfação dos utentes e;</li><li>- eficiência.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Acessibilidade somente ao Modelo B.</li><li>▪ Prémios financeiros.</li><li>▪ São atribuídos a enfermeiros e administrativos.</li><li>▪ A sua atribuição depende da concretização de metas contratualizadas referentes a determinadas atividades de vigilância.</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no Decreto-Lei nº 377-A/2013, de 30 de dezembro

Para os incentivos serem atribuídos é necessário que as USF elaborem e enviem à ARS um relatório de atividades focalizado nas metas dos indicadores contratualizados e uma proposta de plano de aplicação de incentivos institucionais.

### 2.3.1. Remuneração dos profissionais de saúde

Nas USF de Modelo A, os grupos profissionais são pagos normalmente (remuneração base prevista na legislação) sem qualquer suplemento associado.

Nas USF de Modelo B, o sistema remuneratório e os incentivos são definidos da seguinte forma:

**Quadro 41:** Remunerações e incentivos dos profissionais

<b>Categoria</b>	<b>Remunerações e Incentivos</b>
Médico	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Remuneração associada ao aumento das unidades ponderadas das listas de utentes (capitação – lista de utentes ponderados em grupos de idade, limitada ao valor de 1794€/mês)</li><li>▪ Remuneração associada à realização de cuidados domiciliários (visitas domiciliárias pagas a 30€/cada, valor pago até 20 visitas/mês)</li><li>▪ O suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado;</li><li>▪ Compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas (unidades contratualizadas das atividades específicas; valor variável que tem um teto porque é somado às unidades contratualizadas da lista de utentes);</li><li>▪ A compensação inerente à carteira adicional de serviços, quando contratualizada.</li></ul>
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Remuneração associada ao aumento da lista ponderada de utentes da USF (limitada ao valor de 900€/mês/enfermeiro);</li><li>▪ Remuneração associada à atribuição de incentivos financeiros (cumprimento das metas contratualizadas nos indicadores elegíveis para incentivos financeiros; valor máximo de 3600€ a cada enfermeiro)</li></ul>
Administrativo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Remuneração associada ao aumento da lista ponderada de utentes da USF (lista ponderada de utentes limitada ao valor de 540€/mês/administrativo)</li><li>▪ Remuneração associada à atribuição de incentivos financeiros (cumprimento das metas contratualizadas nos indicadores elegíveis para incentivos financeiros; valor máximo de 1150€ a cada administrativo).</li></ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base em “Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF – Mod B”, Ministério da Saúde, 2008

### 2.3.2. O valor dos incentivos

Conforme o Quadro 42 *infra*, para os anos 2012, 2013 e 2014 o valor máximo anual dos incentivos institucionais a atribuir depende do número de unidades ponderadas (UP) de utentes inscritos:

**Quadro 42:** Valor dos incentivos institucionais

Nº de unidades ponderadas (UP) de utentes inscritos	Incentivo potencial (euros)
<8.500	9.600
8.500 – 15.500	15.200
>= 15.500	20.000

**Fonte:** Elaboração própria com base na Metodologia de Contratualização CSP 2012, 2013 e 2014

No ano de 2014, com mudança da métrica relativa aos indicadores para atribuição de incentivos institucionais, no que se refere ao valor do incentivo, foram determinados os seguintes critérios:

- Sempre que o IDG apurado for inferior a 75%, não há lugar à atribuição de incentivos;
- Quando o IDG apurado ficar entre 75% e 100%, a atribuição de incentivos corresponde ao produto do IDG pelo valor máximo de incentivos estabelecidos para as UP definidas no Quadro 33;
- Se o IDG apurado for superior a 100%, o incentivo corresponde a 100%.

Para os anos 2012, 2013 e 2014 o valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir por enfermeiro e assistente técnico é de 3.600€ e de 1.150€.

## **2.4. Alinhamento entre a contratualização interna e as USF**

Após os esforços feitos para que fosse aceite e efetivada no SNS “ [...] constatamos que a contratualização com os cuidados de saúde primários é hoje uma cultura que está perfeitamente implementada em Portugal” (Metodologia de Contratualização para os CSP no ano de 2014).

Assim, de um modo geral, o processo de contratualização interna incide numa gestão por objetivos, em que as USF negociam o seu Plano de Ação anual e definem a atividade desenvolvida (Metodologia da Contratualização para os CSP 2014). Este tipo de contratualização permite um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados e a missão das USF, privilegiando os ganhos efetivos em saúde e não apenas a produção de atos médicos (Escoval, 2010).

O Quadro 43, *infra*, demonstra como a contratualização interna e as USF se alinham:

**Quadro 43:** Alinhamento entre a contratualização interna e as USF

Âmbito da contratualização interna	Impacto nas USF
Planeamento e Negociação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estabelecem compromissos sustentados em metas de acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida (satisfação dos utentes) e desempenho económico (eficiência)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Propõem-se a alcançar objetivos orientados por princípios de indicadores a contratualizar, os quais assentam no seguinte:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em aspetos relativos com os utentes vulneráveis (crianças, grávidas) ou de risco (diabéticos, hipertensos);</li> <li>- Na acessibilidade dos cuidados (preocupação com o acesso e com a personalização dos cuidados como por ex.: o papel do médico de família);</li> <li>- Na satisfação dos utentes;</li> <li>- Na componente económica focando as áreas dos custos com os medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (incentivo à aplicação de monitorização de protocolos terapêuticos).</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os modelos USF A e B podem contratualizar uma carteira básica de serviços e uma carteira adicional de serviços</li> </ul>
Monitorização e acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A monitorização de indicadores permite análises de tendências na população ao longo do tempo, podendo direcionar a aplicação de medidas ajustadas às necessidades das populações (Kazandjian, 2010);</li> <li>▪ A promoção da melhoria contínua é efetuada através de um processo de acompanhamento externo numa ou em várias áreas de intervenção menos satisfatórias, objetivando a promoção de boas práticas;</li> <li>▪ A monitorização dos indicadores deve ser informatizada;</li> <li>▪ O retorno da informação de monitorização dos indicadores é automatizado, sendo que as USF podem consultar os seus resultados através da plataforma MIM@UF, permitindo a produção de relatórios trimestrais e um acompanhamento de processo e ainda a implementação de medidas corretivas (Afonso, 2010).</li> </ul>
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboração de um relatório de atividades dando ênfase aos objetivos contratualizados;</li> <li>▪ As USF que têm direito ao incentivo institucional devem elaborar um plano de Ação (a ser aprovado pela ARS) para a aplicação do incentivo;</li> <li>▪ As USF modelo B recebem o incentivo financeiro caso tenham cumprido as metas contratualizadas nas atividades específicas;</li> <li>▪ Ao poderem receber incentivos, as USF são envolvidas num ambiente propício à satisfação e motivação dos seus profissionais.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria

## **CAPÍTULO III – OBJETIVOS E METODOLOGIA**

### **3.1. Justificação do estudo**

A RCSP iniciada em Portugal em 2005 considerou uma abordagem multifacetada e coordenada com alterações legais. O que levou a uma reestruturação organizacional, a modificações no financiamento e nos sistemas de pagamento dos prestadores, à criação de incentivos à inovação e ao investimento no desenvolvimento dos recursos humanos (Atun *et al.*, 2006).

Tal impacto no sistema de saúde português foi realçado com a implementação do instrumento da contratualização, nomeadamente entre o Estado e os prestadores, neste caso em concreto, as USF.

A forma de financiamento foi alterada, passando a existir a prestação de cuidados de saúde definidos por contrato, visando a melhoria da ligação entre a afetação de recursos com os objetivos em saúde, indexando o financiamento diretamente à atividade.

Nesse sentido, a atribuição dos recursos é efetuada com base em indicadores e medidas de desempenho, característicos de uma relação de mercado (Araújo, 2000). O uso de incentivos para a motivação dos profissionais e para atingir um melhor desempenho foi outra das medidas tomadas.

Decorreram dez anos após a introdução da RCSP e cinco anos após a regulamentação dos critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos seus profissionais.

Em 2013, pela primeira vez, foram finalmente revistos os critérios e as condições para atribuição dos incentivos institucionais, introduzindo-se um índice global de desempenho (IDG) e um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização das USF, que permitisse abranger outras patologias (Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro).

Outra novidade deste normativo legal foi a inclusão de todos os indivíduos independentemente da existência de compromisso de vigilância em que se insere o parâmetro a avaliar.

Assim, a motivação deste trabalho incidiu na necessidade de compreender como as USF atuam em matéria de indicadores, perante as diretrizes da Tutela e examinar o desempenho dos distintos modelos nas diferentes carteiras de indicadores contratualizados. E ainda analisar as alterações introduzidas pela Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro.

Não obstante o reconhecimento do desenvolvimento da investigação sobre a temática dos Cuidados de Saúde Primários, o facto é que as profundas alterações introduzidas pela base legal *supra* foram recentes.

Nesse sentido, o presente estudo pretende dar um contributo na análise desta grande reestruturação, analisando USF de dois distintos modelos de desenvolvimento organizacional.

O estudo será orientado para o triénio 2012 – 2014, permitindo o conhecimento da evolução temporal do desempenho, recorrendo-se à análise de indicadores contratualizados nas áreas do acesso, do desempenho assistencial e da eficiência.

Para o presente estudo, foi seleccionada a contratualização com as USF do ACES Baixo Mondego da ARS Centro inseridas nos distintos modelos A e B. Tal como foi exposto no ponto 2.1 do presente trabalho, os dois modelos possuem diferentes tipologias.

Ao efetuar a análise de USF com diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de compensação retributiva, a investigação permitirá compreender se estas diferenças entre modelos influenciam o desempenho e o cumprimento dos objetivos.

O estudo permitirá aos profissionais das USF em análise e da ARS Centro compreender o impacto que o processo de contratualização interna teve na ligação entre metas e resultados, particularmente após a introdução da Portaria nº377-A/2013, de 30 de dezembro, identificando-se situações relevantes.

Este trabalho visa ainda procurar fatores explicativos dos resultados obtidos e encontrar razões para os eventuais desvios.



### **3.2. Questões de investigação**

O estudo do tema contratualização de metas de desempenho em cuidados de saúde primários relativas aos diferentes modelos USF do ACES Baixo Mondego, originou as seguintes questões.

1. Existem diferenças entre o modelo A e o modelo B ao nível de metas em matéria de indicadores de resultado e de processo?
2. O acesso aos cuidados de saúde é mais adequado no modelo A ou no B?
3. O desempenho assistencial é cumprido de melhor forma pelo modelo A ou pelo modelo B?
4. Qual dos modelos USF revela maior eficiência ao nível dos medicamentos faturados/prescritos e de MCDT faturados/prescritos?
5. O modelo B obteve um melhor desempenho nos indicadores para atribuição de incentivos institucionais ou nos indicadores para a atribuição de incentivos financeiros?

### **3.3. Objetivos**

Com vista a dar resposta às questões identificadas no ponto anterior, foi identificado um objetivo geral de investigação. E este por sua vez foi decomposto em objetivos específicos.

#### **3.3.1. Objetivo geral**

O objetivo geral do presente estudo de caso consiste em comparar dois modelos USF do tipo A e tipo B, inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego da Administração Regional de Saúde do Centro, analisando as metas e os resultados dos indicadores contratualizados no triénio 2012 – 2014, nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência.

### **3.3.2. Objetivos específicos**

Com vista à concretização do objetivo geral foram definidos os objetivos específicos:

- analisar as características e o contexto organizacional das USF;
- verificar e compreender as diferenças entre os modelos USF;
- conhecer os objetivos e prioridades em saúde para o período em análise;
- conhecer as áreas de intervenção dos cuidados de saúde primários;
- compreender as orientações estratégicas da política de saúde em termos de acesso, desempenho assistencial, qualidade e eficiência;
- conhecer e examinar os indicadores contratualizados e todas as suas componentes para o triénio;
- verificar o cumprimento dos indicadores contratualizados;
- conhecer e analisar o sistema remuneratório dos profissionais das USF;
- conhecer e examinar o sistema de incentivos;
- conhecer os recursos afetos às USF;
- conhecer e compreender a metodologia e o funcionamento do processo de contratualização;
- conhecer os sistemas de informação existentes.

### **3.4. Metodologia**

A modalidade de trabalho escolhida, no âmbito da parte não letiva do Mestrado de Controlo de Gestão, incide num Trabalho de Projeto, que permita colocar em prática os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da componente letiva do mesmo.

Dentro do Trabalho de Projeto, a escolha incidiu num estudo de caso por consistir numa metodologia de investigação científica que incide no estudo intensivo e pormenorizado de uma entidade bem definida.

A investigação consiste num processo sistemático, visando validar conhecimento já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática (Fortin *et al.*, 2009).

Com este trabalho, visou-se compreender de forma profunda e global as particularidades de um certo fenómeno de interesse através de uma intensa análise de uma situação específica que se supõe ser única ou especial, conforme característica intrínseca de um estudo de caso (Ponte, 2006).

Para Stake (2000), os investigadores de caso procuram tanto o que é comum quanto o que é particular em cada caso mas o resultado final geralmente retrata algo de original em decorrência de um ou mais dos seguintes aspetos:

- a natureza e o histórico do caso;
- os contextos: físico, económico, político, legal, estético, entre outros;
- outros casos pelos quais é reconhecido;
- os informantes pelos quais pode ser conhecido.

Neste estudo, procurar-se-á reunir dados sobre todos os aspetos acima descritos.

Yin (2009) refere que o estudo de caso pode ser usado para explorar, descrever ou explicar. Assim, a investigação será do tipo exploratório, procedendo-se a uma análise descritiva dos resultados e a uma explicação sobre os mesmos.

Visando o objetivo deste trabalho de investigação, procurar-se-á responder às questões definidas neste estudo, o qual procurará explorar possíveis relações entre conceitos e variáveis (Vieira, 2009).

Considerando o objetivo deste estudo, a estratégia metodológica adotada incidiu numa abordagem mista, conjugando-se uma análise quantitativa dos indicadores, complementada com uma abordagem qualitativa, objetivando a criação de dados descritivos, assim como obtenção de uma visão holística da realidade organizacional.

A metodologia adotada baseou-se ainda na observação de factos, acontecimentos e fenómenos objetivos através de uma colheita de dados observáveis e mensuráveis (Fortin *et al.*, 2009).

Para a compreensão do tema abordado foi essencial a recolha bibliográfica através de obras de referência nomeadamente sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Contratualização em todas as suas vertentes.

As bases do desenho metodológico adotado assentaram em dois tipos de fontes de dados:

- em reuniões com colaboradores do DCARS, as quais permitiram uma tomada de conhecimento sobre a aplicação prática dos indicadores contratualizados com as USF e ainda relativamente à forma e o tipo de recolha possível dos dados necessários para a investigação<sup>3</sup>; e,
- na análise documental dos indicadores, metas e resultados alcançados no triénio 2012 – 2014 nas USF em estudo, através de:
  - das Cartas de Compromisso das USF em análise, bem como;
  - dos Relatórios de Avaliação – Contratualização com as USF. Esses últimos elaborados pelo Departamento de Contratualização da ARS Centro (DCARS).
  - contratos-programa, planos de desempenho, regulamentos internos, bilhete de identidade dos indicadores, relatórios de atividades da ARS Centro e do ACES Baixo Mondego públicos e;
  - a legislação que abrange o tema escolhido.

Com vista a permitir a compreensão e o tratamento dos dados obtidos – indicadores, metas e resultados previstos e reais – foram elaborados quadros, tabelas, gráficos em *Excel* – conforme documentos anexos. Cujas sistematização permitiu conhecer e compreender tendências e comportamentos das variáveis em estudo. Tendo para o efeito, sido efetuados cálculos de variações entre resultados, metas e áreas de indicadores, utilizando valores médios para cada modelo USF.

Essa sistematização dos dados foi efetuada em três fases.

- Na primeira, foram efetuadas recolhas individuais dos dados relativos a cada USF.
- Na segunda, foi elaborada uma compilação dos mesmos calculando e utilizando valores médios. A partir desses valores foi calculada a variação de metas, resultados e áreas de indicadores.
- Na terceira, foi efetuada uma análise descritiva dos resultados obtidos e das variações calculadas, obtendo tendências de certos indicadores com capacidade explicativa para o comportamento dos modelos em estudo.

---

<sup>3</sup> Dada a relevância e o caráter sigiloso da informação, só puderam ser utilizados dados disponibilizados pelas vias formais públicas – o *síte* da ARS Centro.

## **CAPÍTULO IV – O ESTUDO DE CASO**

Neste capítulo serão apresentadas as principais contrariedades e limitações à realização do estudo.

Será apresentada a amostra do estudo, através de um breve enquadramento de algumas características das USF em análise.

De seguida serão explicitadas as variáveis da investigação, as quais incidiram nos indicadores de desempenho contratualizados, consistindo ferramenta essencial para a apresentação dos dados e dos resultados apurados neste estudo de caso.

### **4.1. Principais contrariedades e limitações à realização do trabalho**

A ideia inicial para este Trabalho de Projeto incidiu num estudo de caso na USF Cruz de Celas do ACES Baixo Mondego da ARS Centro, analisando mais propriamente o contributo do seu Plano de Acompanhamento Interno no seu desempenho.

Todavia, após vários contactos formais com a ARS Centro e com o ACES Baixo Mondego, e por último reunião com a pessoa responsável da referida USF, não foi demonstrada motivação e interesse para levar adiante o projeto. Não obstante, foi sugerido a realização de contactos futuros com Departamento de Contratualização da ARS Centro (DCARS), para a definição conjunta de um novo tema de investigação, ajustando-se naturalmente o objetivo inicial.

A investigação teve limites no acesso aos dados uma vez que nem todos estão públicos nem puderam ser disponibilizados, dado o seu carácter sigiloso.

Para o estudo, ajudaria muito o acesso e a análise aos relatórios de atividades das USF em estudo para ter uma perceção aprofundada da realidade de cada uma, incluindo os recursos afetos.

Aponta-se igualmente a limitação temporal – uma vez que foi analisado o primeiro ano [2014] da entrada em vigor da reestruturação da contratualização de indicadores, que não permitiu uma análise comparativa temporal mais madura e consistente. Por essa razão, eventuais limitações na robustez e na consistência dos resultados, suscitaram sugestões para futuras investigações apresentadas no final do presente trabalho.

## 4.2. Definição da amostra

No presente trabalho procedeu-se à análise do processo de contratualização interna em oito USF de modelos A e B inseridas no ACES Baixo Mondego da ARS Centro no triénio 2012-2014. A amostra do estudo foi definida de acordo com os seguintes critérios:

- Evolução temporal do desempenho das USF nas diferentes áreas;
- Alteração dos normativos que definiram critérios e condições de atribuição de incentivos – a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro altera a Portaria nº 301/2008 de 18 de abril;
- As USF teriam ser de modelos diferentes e estar em atividade no período 2012 – 2014;
- Para o estudo foi naturalmente relevante e coerente escolher o mesmo número de USF para os dois modelos.
  - No entanto há uma salvaguarda: para o ano de 2012 foram consideradas para o estudo cinco USF do modelo A e três do modelo B uma vez que uma destas passaria a pertencer ao modelo B em 2013.
  - A influência nos resultados e conclusões desta assimetria no número de USF de cada modelo não foi considerada significativa uma vez que foram trabalhados valores médios para os dados em estudo e nenhuma das USF modelo A apresentou valores demasiados dispares das demais.

Inicialmente, a escolha preliminar da amostra incidiu em onze USF, as quais cumpriam os dois primeiros critérios *supra*. No entanto, a amostra final incidiu em oito USF, tendo-se que, forçosamente, excluir as seguintes três USF:

- USF “As Gândras” (modelo A) foi excluída porque em 2012 não encetou o processo de contratualização por motivos relacionados com a instabilidade organizacional (Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF).
- A USF “São Julião” (modelo A) e a USF “Buarcos” (modelo B) foram retiradas da amostra devido a dificuldades técnicas entre o sistema de informação utilizado por elas – o Vitacare - e o sistema de informação das ARS Centro – o SIARS. Verificou-se que existem dificuldades nos sistemas de informação dos

intervenientes no processo de contratualização, uma vez que o Vitacare não permite a validação dos dados e avalie as referenciadas USF, inviabilizando as conclusões que a ARS Centro possa efetuar na recolha de dados para o cálculo dos indicadores (Relatórios de Avaliação 2013 e 2014 – Contratualização com as USF).

Ainda assim, estas três USF recebem os incentivos na totalidade uma vez que a lei assim o prevê (art.º 6, nº 2 da Portaria 301/2008, de 18 de abril).

Assim, a amostra final é a inserida nos Quadro 44 e Quadro 45, *infra*:

**Quadro 44:** Definição da amostra do estudo

USF	Início Atividade	Início. Func. Modelo B	Área Geográfica
Briosa	05-02-2007	01-07-2009	Coimbra
Celasaúde	23-11-2009	01-09-2013	Coimbra
Condeixa	04-09-2006	01-07-2008	Condeixa-a-Nova
Cruz de Celas	05-02-2007	01-07-2009	Coimbra
Marquês de Marialva	22-07-2007	Não aplicável	Cantanhede
Mondego	23-12-2010	Não aplicável	S. Martinho do Bispo
Progresso e Saúde	01-10-2010	Não aplicável	Tocha
Vitasaurium	30-10-2006	Não aplicável	Soure

**Fonte:** Elaboração própria

No que se refere à área geográfica do ACES Baixo Mondego onde as USF em estudo se encontram inseridas, esta abrange os concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure (Relatório de Atividades de 2014 do ACES do Baixo Mondego).

**Quadro 45:** Características da amostra para o triênio em estudo

USF	Ano 2012					Ano 2013					Ano 2014				
	Modelo	U.P.	R.H.	Incent. Inst.	Incent. Fin.	Modelo	U.P.	R.H.	Incent. Inst.	Incent. Fin.	Modelo	U.P.	R.H.	Incent. Inst.	Incent. Fin.
Briosa	B	13.067	16	15.200€	26.200€	B	13.302	16	7.600€	26.200€	B	13.095	16	12.266€	13.100€
Celasaúde 4	A	19.772	25	a)	NA	B	20.123	24	10.000€	NA	B	20.107	24	19.500€	39.300€
Condeixa	B	12.402	15	15.200€	26.200€	B	9.552	15	7.600€	26.200€	B	11.954	15	14.120€	26.200€
Cruz de Celas	B	18.884	22	20.000€	35.700€	B	18.898	22	a)	35.700€	B	18.573	22	18.160€	17.850€
Marquês de Marialva	A	11.580	15	7.600€	NA	A	11.190	15	7.600€	NA	A	10.737	15	12.889€	NA
Mondego	A	9.813	14	a)	NA	A	9.891	14	a)	NA	A	9.855	14	13.984€	NA
Progresso e Saúde	A	13.782	16	a)	NA	A	13.559	17	a)	NA	A	12.736	17	13.862€	NA
Vitasaurium	A	13.862	17	7.600€	NA	A	13.537	16	7.600€	NA	A	13.198	16	15.200€	NA

**Fonte:** Elaboração própria com base nos relatórios de avaliação e nas cartas de compromisso 2012-2014

---

<sup>4</sup> Passou a Modelo B no ano de 2013

NA – Não aplicável

a) Não atinge o incentivo



### 4.3. Definição das variáveis

Os indicadores constituem uma peça fundamental nesta investigação em termos de medição e avaliação do cumprimento dos objetivos em saúde, nas áreas do acesso, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. E, ainda, relativamente à determinação de critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros.

As variáveis em estudo, que serão postas em prática no ponto 4.4. *infra*, incidem em indicadores de desempenho do sistema de saúde que têm a função de analisar a qualidade desse sistema, nas áreas do acesso, do desempenho assistencial e da eficiência. Visam descrever o estado de saúde da população portuguesa e a capacidade do SNS atingir os objetivos propostos nessas áreas.

A área da qualidade percecionada não poderá ser analisada uma vez que, no período em análise (2012-2014), o indicador abrangido pela área “Satisfação de Utentes” não foi contratualizado, por falta de concretização da avaliação de âmbito nacional da satisfação dos utilizadores das USF. No entanto, por orientação da ACSS, este indicador foi considerado como cumprido por todas as USF.

As USF procuram atingir os objetivos de saúde através de indicadores de monitorização e de contratualização. No entanto, para a investigação foram utilizados os indicadores contratualizados para a atribuição de incentivos institucionais, dado que são comuns a todas as USF. Permitindo analisar, de uma forma holística e concreta, o cumprimento dos objetivos e o comportamento perante as metas.

Para o estudo foram igualmente utilizados os indicadores de contratualização para a atribuição de incentivos financeiros. Embora este tipo de indicadores seja exclusivo das USF modelo B, a análise permitirá compreender o comportamento desse mesmo modelo relativamente aos indicadores para a atribuição de incentivos institucionais. Isto é, verificar-se-á em que tipo de indicadores é que o modelo B se destaca, dado que o sistema retributivo é distinto (ver ponto 2.3 do presente trabalho).

Os indicadores analisados em 2012 e 2013 encontram-se sustentados pela Portaria nº 301/2008, de 18 de abril. E os examinados em 2014 têm como base legal a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro.

Conforme o exposto no 1.2.5.2 do presente estudo, estes dispositivos legais que regulam os critérios e as condições para atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF são essenciais para a investigação. Dado que abrangem componentes distintas que assentam numa estrutura, número de indicadores e métrica de avaliação distintos.

Assim, para a amostra e para o triénio 2012-2014, definidos para o âmbito do estudo, apresentam-se e analisam-se de seguida, no ponto 4.4 *infra*, os dados e os resultados obtidos.

#### **4.4. Apresentação e análise dos dados e resultados**

Neste subcapítulo, pretende-se apresentar os dados obtidos com aplicação da análise descritiva ao nível dos indicadores, metas, resultados e variações, organizados em função das questões e objetivos, de acordo com o definido no ponto 3.2 do presente trabalho.

Nesse sentido, a análise será desenvolvida de 2012 -2014, permitindo perceber a evolução dos indicadores que compõem as áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência.

Os anos 2012 e 2013 têm a mesma base legal (Portaria nº 301/2008, de 18 de abril) e a mesma carteira de indicadores, com ligeiras alterações. No entanto, em 2014, entrou em vigor a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro, pelo que foi efetuada a revisão de critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais (ver ponto 2.2 do presente trabalho).

Assim, dadas as limitações para a comparação com os anos anteriores, a análise de 2014 aos dois modelos USF incidirá nos indicadores que possam ser comparados com os anos transatos, em termos de:

- descrição, área clínica e idêntico Código SIARS (S.I.).

Procurou-se igualmente efetuar a análise a situações particulares que ocorreram no ano de 2014 e ainda examinar o impacto desta nova reestruturação de indicadores nos dois modelos USF.

Até 2013, a avaliação do desempenho das USF para a atribuição de incentivos institucionais foi efetuada com base em metas contratualizadas e em metas ajustadas, uma vez que no momento da avaliação eram efetuados ajustes individuais em função das ausências prolongadas de profissionais médicos e de enfermagem das USF (Relatórios de Avaliação 2012 e 2013 – Contratualização com as USF).

Em 2014, os ajustes de metas e identificação de problemas foram discutidos e resolvidos durante o ano, na fase de monitorização e acompanhamento (Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF).

Para uma melhor compreensão dos dados das USF em estudo, foram trabalhados em termos de valores médios. Nesse sentido, foi adotado o método do cálculo da variação visando obter comparações mais efetivas entre os modelos USF ao nível:

- dos indicadores;
- da área dos indicadores [institucionais] e;
- da área clínica [financeiros] em que também estão inseridos.

A “variação” e a “variação área” inseridas nas Tabelas nos pontos 4.4.1 e 4.4.2 e 4.4.3 *infra* foram calculadas sempre com a mesma fórmula: divisão do resultado atingido pela meta ajustada em 2012 e 2013 e pela meta contratualizada em 2014, menos um.

As situações destacadas na análise e a comparação entre os dois modelos USF foram efetuadas com base na comparação de metas, de resultados e de variações. Os indicadores referenciados e analisados de forma particular foram os que se evidenciaram no triénio.

Os indicadores que se consideraram evidenciados nas Tabelas dos pontos 4.4.1 e 4.4.2 e 4.4.3 estão salientados a cor verde (de forma positiva) e a cor laranja (de forma negativa). Os gráficos permitirão ter outra perspetiva dos dados inseridos nas tabelas.

Salienta-se que na ótica da eficiência (custos), os resultados e variações negativos constituem evidência do cumprimento.

#### **4.4.1. Indicadores, metas e resultados – ano 2012**

Neste subcapítulo serão apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos institucionais, respectivos resultados e variações, obtidos para o ano de 2012 relativamente às USF do modelo A e B em estudo. Será também apresentada uma comparação entre ambos os modelos.

Serão igualmente apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos financeiros, respectivos resultados e variações, obtidos para o mesmo período e para as mesmas USF do modelo B em estudo.

##### **4.4.1.1. Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B**

A Tabela 1 e o Gráfico 1 *infra* permitem verificar, através da comparação entre as metas contratualizadas e as metas ajustadas, que ambos os modelos – A e B – sofreram ajustes em 2012 em alguns indicadores nas áreas do acesso e do desempenho assistencial.

No modelo A, verifica-se que cinco indicadores com os SI nºs 3.12, 4.18, 4.30, 5.2 e 5.4M2 sofreram ajustes nas metas inicialmente contratualizadas. No modelo B verificam-se ajustes nos mesmos indicadores, com exceção do indicador com o S: nº 4.30 que não foi alvo de ajustes.

Conforme informação do Relatório de Avaliação de 2012 – Contratualização com as USF, os ajustes efetuados ocorreram devido às ausências prolongadas de profissionais médicos e/ou de enfermagem.

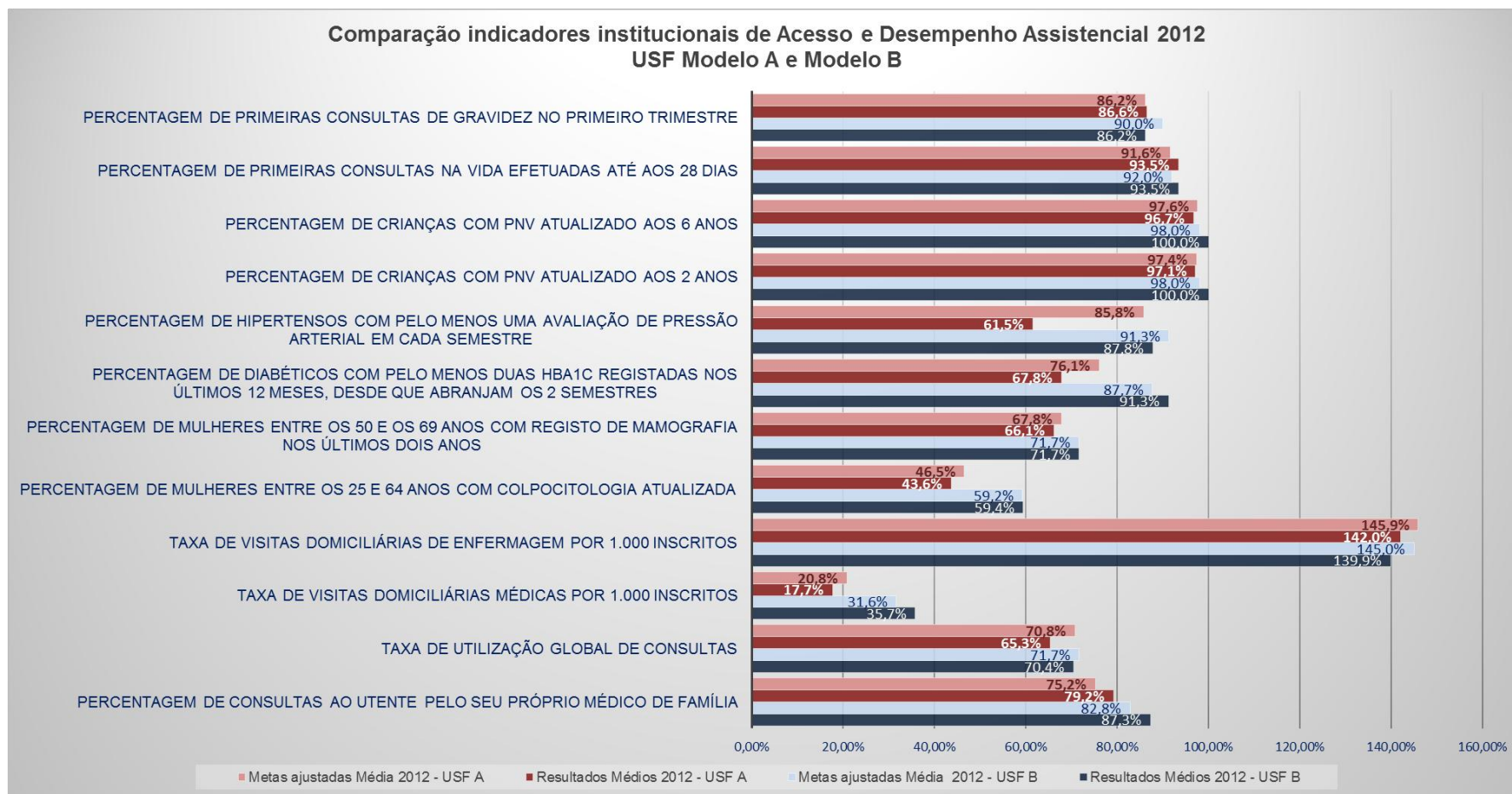
Por outro lado, no que se refere área da eficiência, a mesma Tabela 1 e o Gráfico 2 *infra*, permitem concluir que não se efetuaram ajustes nas metas referentes aos dois modelos.

**Tabela 1:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 - USF Modelo A e Modelo B

Área	Nº SI	Nome do Indicador	Valores Médios 2012 - USF A				Variação Área	Valores Médios 2012 - USF B				Variação Área
			Metas Contratualizadas	Metas Ajustadas	Resultados	Variação		Metas Contratualizadas	Metas Ajustadas	Resultados	Variação	
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	75,2%	79,2%	5,9%	-5,3%	85,0%	82,8%	87,3%	5,4%	3,0%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	70,8%	70,8%	65,3%	-7,9%		71,7%	71,7%	70,4%	-1,7%	
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	22,0%	20,8%	17,7%	-16,0%		32,0%	31,6%	35,7%	11,7%	
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	147,0%	145,9%	142,0%	-3,2%		145,0%	145,0%	139,9%	-3,5%	
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	49,4%	46,5%	43,6%	-6,4%	-6,1%	60,0%	59,2%	59,4%	0,3%	0,3%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	67,8%	67,8%	66,1%	-2,7%		71,7%	71,7%	71,7%	0,1%	
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	83,2%	76,1%	67,8%	-12,8%		90,0%	87,7%	91,3%	4,1%	
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,8%	85,8%	61,5%	-28,4%		91,3%	91,3%	87,8%	-3,6%	
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	97,4%	97,4%	97,1%	-0,3%		98,0%	98,0%	100,0%	2,0%	
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	97,6%	97,6%	96,7%	-0,9%		98,0%	98,0%	100,0%	2,0%	
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	91,6%	91,6%	93,5%	2,1%		92,0%	92,0%	93,5%	1,6%	
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	86,2%	86,2%	86,6%	0,6%		90,0%	90,0%	86,2%	-4,3%	
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	177,37 €	177,37 €	175,93 €	-0,7%	-2,9%	157,11 €	157,11 €	146,92 €	-6,8%	-12,5%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	50,23 €	50,23 €	46,99 €	-5,2%		47,81 €	47,81 €	38,98 €	-18,2%	

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

**Gráfico 1:** Indicadores de Acesso e de Desempenho Assistencial para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 - Comparação entre USF Modelo A e USF Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação de 2012 – Contratualização com as USF

**Gráfico 2:** Indicadores, metas e resultados de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais no ano 2012 – Comparação entre USF Modelo A e Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

Da análise à tabela e gráficos *supra* verifica-se que as metas ajustadas do modelo B foram tendencialmente mais exigentes face às metas ajustadas do modelo A nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência.

Atendendo ao facto de que as USF modelo B se encontram inseridas numa tipologia organizacional que implica um nível de contratualização mais exigente (ver ponto 2.1 do presente trabalho), seria talvez de esperar que houvesse um maior distanciamento relativamente às metas ajustadas das USF do modelo A.

No entanto, considerando que as USF modelo A em estudo encontram-se em atividade há algum tempo (ver Quadro 44 *supra*), é natural que as metas contratualizadas tenham aumentado gradualmente. Nesse sentido, o aumento das metas também pode incidir em USF modelo A com autonomia e organização próximos das características do modelo B. Um exemplo disso é a USF “Celasaúde” que, em 2013, passou a ser modelo B.

Através da Tabela 1 e dos Gráfico 1 e Gráfico 2 *supra*, pode verificar-se que, no global, os dois modelos obtiveram uma variação relativamente equilibrada entre os

resultados e as metas ajustadas para cada indicador, não sofrendo portanto acentuados desvios, com exceção das situações realçadas na Tabela 1 a cor verde e cor laranja, inseridas no Quadro 46 *infra*:

**Quadro 46:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2012

Área	Indicador	Modelo A	Modelo B
Acesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos (SI nº 4.18)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O resultado negativo apresentado justifica-se provavelmente devido à manutenção de alguns constrangimentos relacionados com transportes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O resultado positivo apresentado, deve-se à sua tipologia organizacional que lhe permite contar com suplementos financeiros para este efeito. Isto é, o facto de existir um suplemento atribuído aos médicos, associado à realização deste tipo de consulta nas USF modelo B (ver ponto 2.3 do presente trabalho) permite explicar a diferença da variação entre os dois modelos.</li></ul>
Desempenho Assistencial	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres (SI nº 5.4M2)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O modelo A sobressaiu no incumprimento dos dois indicadores;</li><li>▪ O modelo B obteve uma variação de -3,6% no SI nº 5.10Mi;</li><li>▪ O incumprimento mais acentuado no modelo A pode estar relacionado com a prática insuficiente de registo do cumprimento do indicador por parte das USF, sugerindo haver necessidade de investimento em mais formação para um aproveitamento de todas as potencialidades do sistema informático MIM@UF;</li><li>▪ Um possível contributo para o incumprimento do indicador (SI nº 5.10Mi) para o presente modelo A. É o caso da USF Cruz de Celas – modelo B - relacionado com o pagamento das taxas moderadoras.</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre (SI nº 5.10Mi)</li></ul>		
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS (SI nº 7.7d1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Os bons resultados apresentados por ambos os modelos podem ter resultado de:<ul style="list-style-type: none"><li>- evolução positiva das práticas de prescrição dos profissionais;</li><li>- impactos sucessivos das reduções do preço dos medicamentos e o eventual efeito do contexto económico dos últimos anos.</li></ul></li></ul>	

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

Relativamente aos indicadores salientados na área do desempenho assistencial – SI nºs 5.4M2 e 5.10Mi – (ver Quadro 46 *supra*), conclui-se, através da sua descrição, *que*

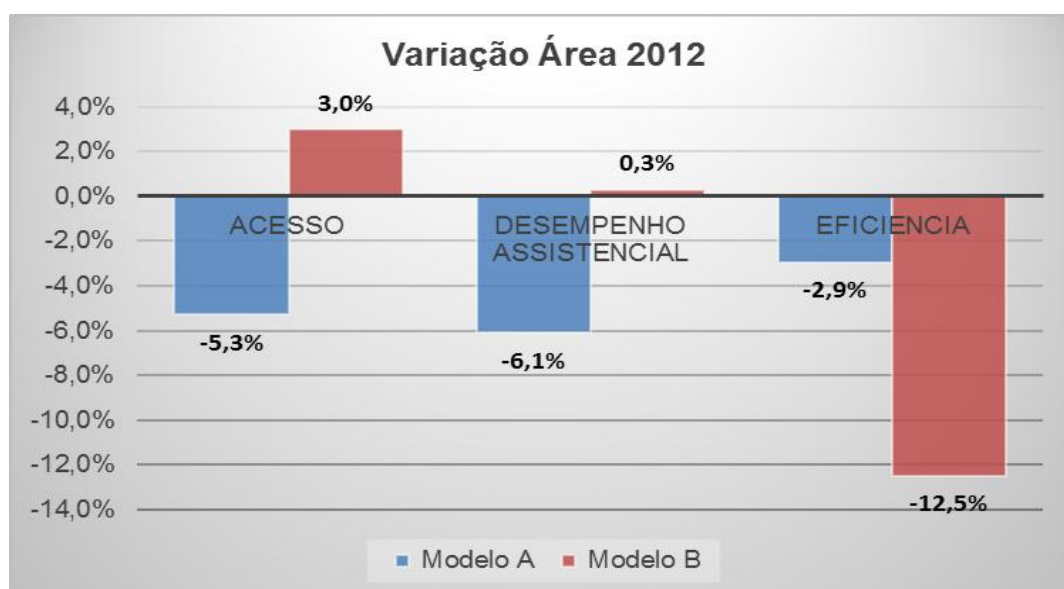


os registos e avaliação dos utentes diabéticos e hipertensos não foram cumpridos dentro da periodicidade estipulada.

De salientar que, para colmatar a variação negativa do indicador com o SI nº5.10Mi, duas USF do modelo A em 2012 - “Celasaúde” e “Marquês de Marialva” - implementaram um plano de acompanhamento interno na área clínica da Hipertensão Arterial, visando a melhoria da qualidade do desempenho nesta área específica (Cartas de Compromisso 2012, USF “Celasaúde” e USF “Marquês de Marialva”).

O Gráfico 3 *infra* oferece uma perceção mais holística do comportamento dos dois modelos em 2012:

**Gráfico 3:** Variação da área dos indicadores – Modelos USF A e B (2012)



**Fonte:** Elaboração própria

A área da eficiência foi o ponto forte dos dois modelos.

No que concerne área do acesso, os dois modelos obtiveram resultados opostos por influência do indicador com o SI nº 4.18.

No desempenho assistencial, destacam-se os resultados menos satisfatórios do modelo A, sendo que o modelo B revelou uns tímidos 0,3% de variação positiva. Para tal contribuíram os indicadores com os SI nºs 5.4M2 e 5.10Mi.

#### 4.4.1.2. Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B

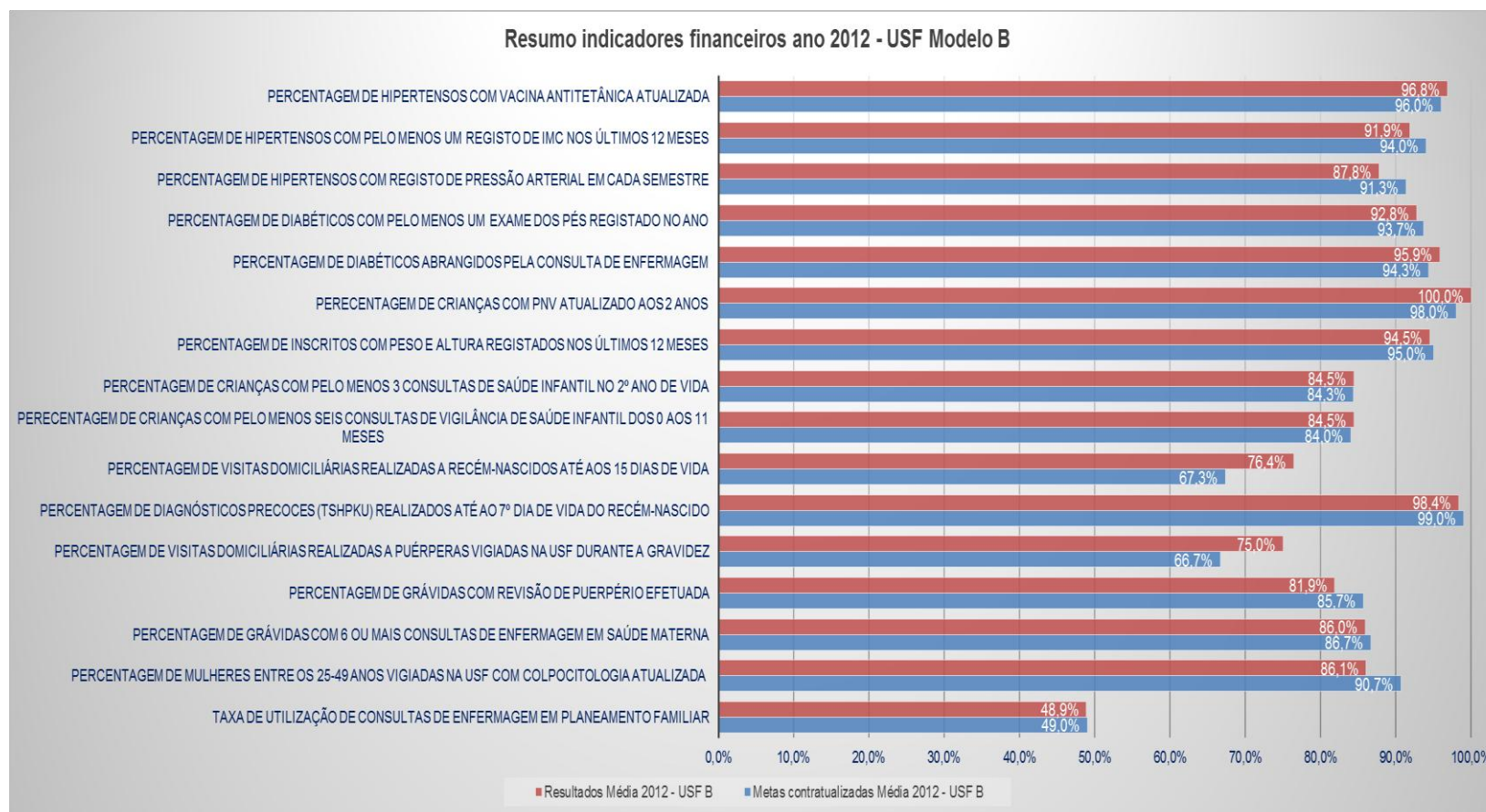
Em 2012, no que se refere aos resultados atingidos pelas USF modelo B nos indicadores de desempenho para atribuição de incentivos financeiros, verifica-se que os mesmos foram, no geral, satisfatórios, conforme a Tabela 2 e Gráfico 4 *infra*.

**Tabela 2:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2012 - USF Modelo B

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2012 - USF B			Variação Área
			Metas contratualizadas	Resultados	Variação	
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	49,0%	48,9%	-0,3%	-2,7%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25-49 anos vigiadas na USF com colpocitologia atualizada	90,7%	86,1%	-5,1%	
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	86,7%	86,0%	-0,9%	3,8%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada	85,7%	81,9%	-4,5%	
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	66,7%	75,0%	16,8%	
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	98,4%	-0,6%	5,6%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	67,3%	76,4%	17,0%	
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	84,0%	84,5%	0,5%	
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2º ano de vida	84,3%	84,5%	0,1%	0,5%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	95,0%	94,5%	-0,5%	
	6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	100,0%	2,0%	
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	94,3%	95,9%	1,6%	0,3%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	93,7%	92,8%	-0,9%	
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	91,3%	87,8%	-3,6%	-1,7%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	94,0%	91,9%	-2,2%	
	6.2M	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica atualizada	96,0%	96,8%	0,9%	

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

**Gráfico 4:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2012 – USF Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

Merecem destaque dois indicadores inseridos na área da Saúde Materna e da Saúde Infantil (1º ano de vida):

- “*Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez*” (SI nº 4.33) e;
- “*Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem a recém-nascidos até aos 15 dias de vida*” (SI nº 4.34M).

Curiosamente, as metas contratualizadas nos indicadores acima referenciados foram das mais baixas relativamente às metas contratualizadas nos outros indicadores, com 66,7% e 67,3%, respetivamente.

Verifica-se que os resultados foram bastante positivos com uma variação positiva de 16,8% no SI nº 4.33 e de 17,0% no SI nº 4.34M.

Esta situação de níveis de cumprimento não refletem dificuldades e facilidades iguais, no sentido de que a interpretação inicialmente assumida para estes indicadores aceitava amplitudes de negociação bastante consideráveis (40% a 90%), o que é algo que tende gradualmente a dissipar-se (Relatório de Avaliação de 2011 – Contratualização com as USF).

As metas estabelecidas nestes dois indicadores foram largamente ultrapassadas face aos restantes indicadores. Para esta situação contribuíram os resultados relativos à USF “Cruz de Celas” (ver Anexo III), com variações em cerca de 50% face a metas comparativamente mais reduzidas.

Não foi possível com o estudo apurar as razões para este comportamento. Não obstante, poderá ser apontado um fator: na área geográfica de influência desta USF, existem duas maternidades de grande proximidade, podendo ter contribuído para a contratualização de metas mais baixas, o que consequentemente resultou em variações positivas bastante significativas.

#### **4.4.2. Indicadores, metas e resultados – ano 2013**

Neste subcapítulo serão apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos institucionais, respetivos resultados e variações, obtidos para o ano de 2013 relativamente às USF do modelo A e B em estudo. Será também apresentada uma comparação entre ambos os modelos.

Serão igualmente apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos financeiros, respetivos resultados e variações, obtidos para o mesmo período e para as mesmas USF do modelo B em estudo.

Ressalva-se que o ano de 2013 marca uma alteração na amostra em estudo: a USF “Celasaúde” que em 2012 estava inserida no modelo A, a partir de 01/09/2013 passa a pertencer ao universo das USF modelo B.

Por ter iniciado a sua atividade nesses moldes no segundo semestre de 2013, esta USF não foi avaliada nos parâmetros do modelo organizacional do tipo B, não contratualizando indicadores para atribuição de incentivos financeiros (Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF).

Assim, o ano de 2013 foi analisado com quatro USF em cada Modelo.

##### **4.4.2.1. Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B**

Neste ano de contratualização, verifica-se uma alteração em dois indicadores inseridos na área do desempenho assistencial:

- Foram excluídos os indicadores contratualizados em 2012:
  - “*Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos*” (SI nº 5.1M);e
  - “*Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos*” (SI nº 6.1Md2).

- Sendo adicionados os indicadores:
  - “*Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg*” (SI nº 2013.020.01) e
  - “*Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos*” (SI nº 2013.047.01).

No que se refere à área clínica da hipertensão, a “substituição” pode prender-se com a possível análise da Tutela face aos resultados evidenciados pelas USF em 2012, nomeadamente as USF do modelo A.

Ou seja, em 2012, tal como se pode verificar na Tabela 1 do presente trabalho, o indicador “*Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre*” (SI nº 5.10Mi) foi o que obteve maior variação negativa (-28,4%) por parte do modelo A. Acresce ainda que o modelo B também obteve uma variação negativa (-3,6%).

Assim, a Tutela terá apostado no acrescento de um novo indicador na área clínica da hipertensão, visando reforçar a intervenção nesta área clínica em termos de cuidados de saúde, visto que a hipertensão constitui uma doença crónica e é um fator de risco para outras doenças (PNS 2012 – 2016).

No que respeita à inserção em 2013 do novo indicador “*Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos*” (SI nº 2013.047.01), pode deduzir-se que foi efetuada considerando que a “cessação tabágica” consiste numa área de intervenção de grande impacto na saúde<sup>5</sup>.

Pelo que se conclui que a inserção destes novos indicadores faz todo o sentido.

---

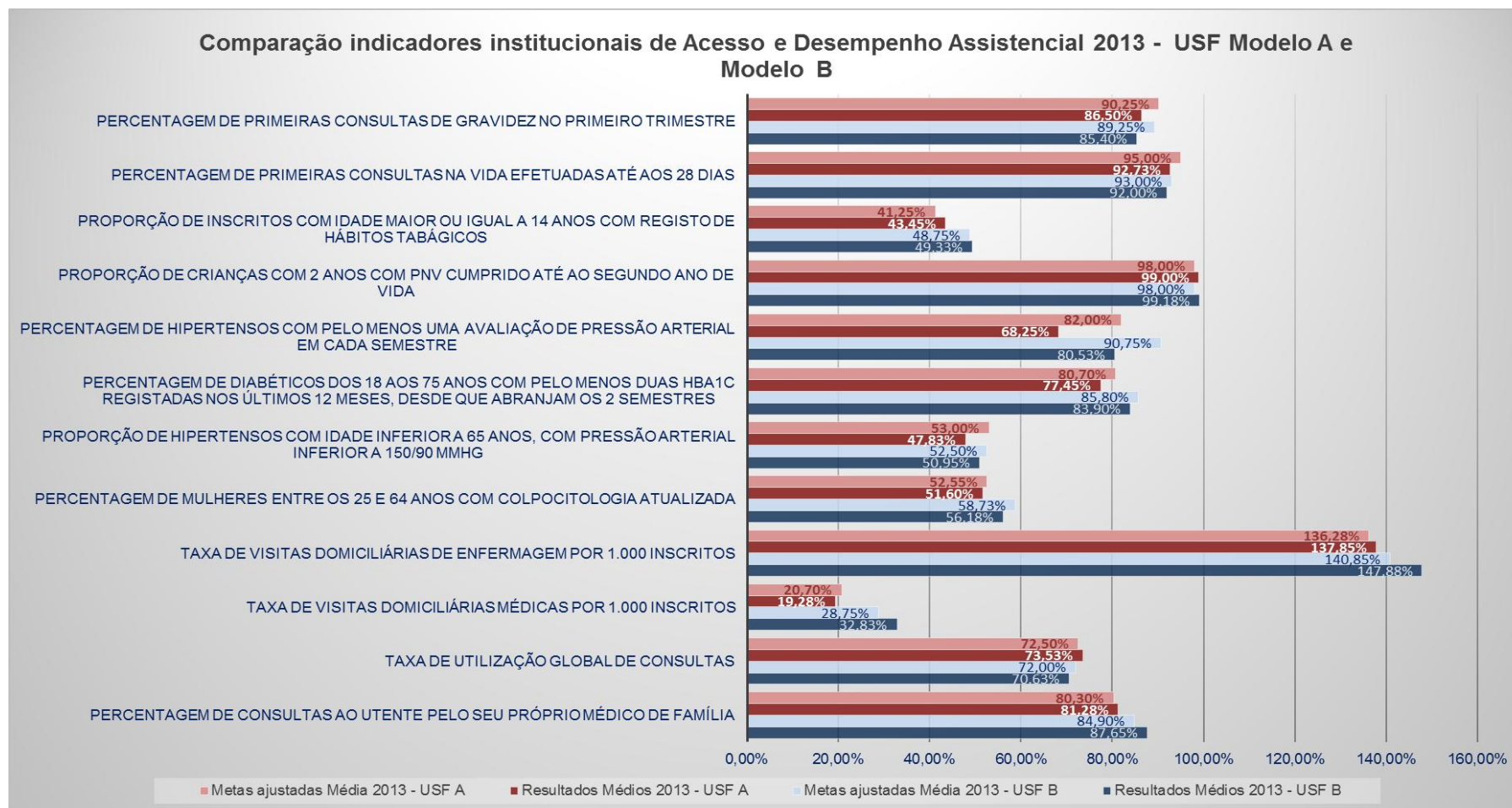
<sup>5</sup> Em Portugal, 11,7% das mortes estão associados ao consumo do tabaco, sendo que se todos os fumadores deixassem de fumar o peso relatado relativo à mortalidade diminuiria 50,7% (Borges e col., 2009).

**Tabela 3:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 - USF Modelo A e Modelo B

Área	Nº SI	Nome do Indicador	Valores Médios 2013 - USF A				Variação Área	Valores Médios 2013 - USF B				Variação Área
			Metas Contratualizadas	Metas Ajustadas	Resultados	Variação		Metas Contratualizadas	Metas Ajustadas	Resultados	Variação	
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	80,3%	81,3%	1,1%	-0,7%	85,0%	84,9%	87,7%	3,2%	5,5%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	72,5%	72,5%	73,5%	1,4%		72,0%	72,0%	70,6%	-2,1%	
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	21,3%	20,7%	19,3%	-6,5%		28,8%	28,8%	32,8%	15,9%	
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	137,5%	136,3%	137,9%	1,1%		142,5%	140,9%	147,9%	5,0%	
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	54,0%	52,6%	51,6%	-1,9%	-4,5%	58,8%	58,7%	56,2%	-4,8%	-3,0%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	53,0%	53,0%	47,8%	-10,3%		52,5%	52,5%	51,0%	-3,1%	
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	84,3%	80,7%	77,5%	-5,1%		88,3%	85,8%	83,9%	-2,3%	
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	82,0%	82,0%	68,3%	-17,2%		90,8%	90,8%	80,5%	-11,4%	
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	99,0%	1,0%		98,0%	98,0%	99,2%	1,2%	
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	41,3%	41,3%	43,5%	4,7%		48,8%	48,8%	49,3%	1,7%	
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	95,0%	95,0%	92,7%	-2,5%		93,0%	93,0%	92,0%	-1,1%	
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,3%	90,3%	86,5%	-4,4%		89,3%	89,3%	85,4%	-4,3%	
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	170,48 €	170,48 €	170,57 €	0,1%	4,2%	139,11 €	139,11 €	137,91 €	-0,8%	0,9%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	43,54 €	43,54 €	46,65 €	8,3%		41,40 €	41,40 €	42,57 €	2,6%	

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

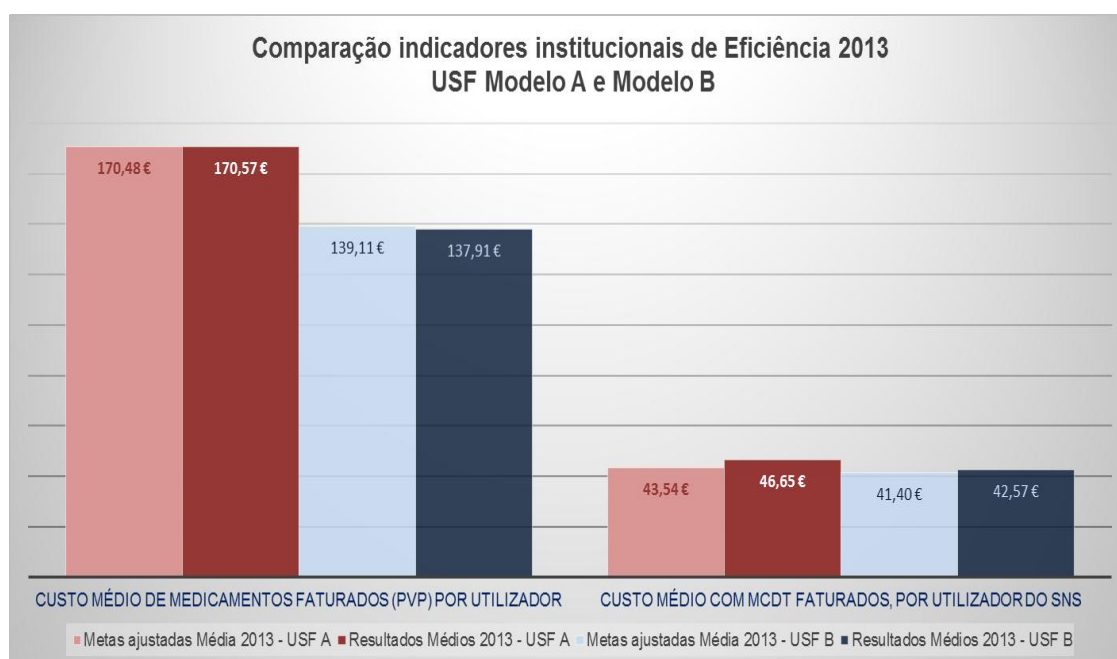
**Gráfico 5:** Indicadores de Acesso e Desempenho Assistencial para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 – Comparação entre USF Modelo A e USF Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF



**Gráfico 6:** Indicadores, metas e resultados de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais no ano 2013 – Comparação entre USF Modelo A e Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

A Tabela 3, o Gráfico 5 e o Gráfico 6 *supra*, permitem tirar conclusões semelhantes às evidenciadas no ano de 2012:

- A comparação entre as metas contratualizadas e as metas ajustadas de ambos os modelos evidenciam ajustes em alguns indicadores nas áreas do acesso e do desempenho assistencial;
- O modelo A sofreu ajustes nas metas inicialmente contratualizadas nos indicadores: SI nºs 3.12, 4.18, 4.30, 5.2 e 5.4M2;
- O modelo B volta a ter ajustes nos indicadores: SI nºs 3.12, 4.30, 5.2 e 5.4M2;
- O motivo dos ajustes nos dois modelos incorreu nas ausências prolongadas de profissionais médicos e/ou de enfermagem (Relatório de Avaliação de 2013 – Contratualização com as USF);
- Na área da eficiência não se verificam ajustes nas metas dos dois modelos;
- As metas ajustadas do modelo B foram tendencialmente mais exigentes face às metas ajustadas do modelo A em 2013, nas áreas do acesso, desempenho assistencial e eficiência – volta-se a salientar o facto de que as USF modelo B

se encontram inseridas numa tipologia organizacional que implica uma abrangência de contratualização mais exigente, pelo que seria expetável um maior distanciamento face às metas ajustadas das USF do modelo A (ver ponto 2.1 do presente trabalho).

No entanto, as USF do modelo A em estudo encontram-se em atividade há algum tempo. Uma vez que o objetivo é transitar para modelo B, compreende-se esta aproximação de metas entre ambos os modelos.

- Os dois modelos obtiveram uma variação relativamente equilibrada entre os resultados e as metas ajustadas para cada indicador, não sofrendo portanto acentuados desvios.

No entanto, em 2013 verifica-se uma diminuição da exigência das metas contratualizadas e ajustadas em alguns indicadores inseridos na área do acesso relativamente aos dois modelos (ver Tabela 1 referente a 2012 e Tabela 3 referente a 2013). Tal situação é eventualmente explicada por ajustes relacionados com uma melhor afetação dos recursos e a uma maior adequação às reais necessidades da população (Relatório de Avaliação de 2013 – Contratualização com as USF).

Para o ano de 2013, destacam-se as situações inseridas no Quadro 47 *infra*, a qual evidencia os mesmos indicadores de 2012, com exceção do indicador com o SI nº 2013.020.01 (área clínica da hipertensão) que foi inserido na contratualização de 2013:

**Quadro 47:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2013

Área	Indicador	Modelo A	Modelo B
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de visitas domiciliares médicas por 1.000 inscritos (SI nº 4.18)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuição da meta ajustada em 0,01% (face a 2012).</li> <li>Apesar do resultado negativo apresentado, verifica-se uma evolução face a 2012 (de -16,0% passou para -6,5%) justificada com uma melhor afetação dos recursos (transportes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuição da meta ajustada em 2,8% (face a 2012).</li> <li>O resultado novamente positivo apresentado pode justificar-se pelo facto de este modelo poder contar com suplementos financeiros para este efeito (ver ponto 2.3 do presente trabalho), o que se deduz que este incentivo pode influenciar o alcance da meta contratualizada.</li> </ul>
Desempenho Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg (SI nº 2013.020.01).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meta ajustada de 53,0%;</li> <li>Variação de -10,3%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meta ajustada de 52,5%;</li> <li>Variação de -3,1%</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre (SI nº 5.10Mi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuição da exigência das metas ajustadas nos dois modelos face a 2012;</li> <li>Variação negativa significativa nos dois modelos: -17,2% (modelo A) e -11,4% (modelo B).</li> <li>O incumprimento pode estar relacionado com a prática insuficiente de registo do cumprimento do indicador por parte das USF, sugerindo haver necessidade de investimento em mais formação para um aproveitamento de todas as potencialidades do sistema informático MIM@UF;</li> </ul>	
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS (SI nº 7.7d1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os resultados menos satisfatórios apresentados por ambos os modelos denotam uma evolução negativa face aos bons resultados de 2012;</li> <li>Metas mais exigentes em ambos os modelos;</li> <li>Estes resultados indiciam uma eventual existência de fatores menos controláveis no ato da prescrição, os quais oneram o custo final alocado a cada USF: <ul style="list-style-type: none"> <li>- parece ser um problema relacionado com a Medicina Física e de Reabilitação, no sentido de que o médico procede à prescrição com referência para a consulta, ficando a partir dessa altura menos interveniente na definição do plano de tratamentos.</li> </ul> </li> </ul>	

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

No Quadro 47 *supra* encontram-se novamente (tal como em 2012) evidenciados incumprimentos relativos aos indicadores referentes à área clínica da hipertensão (SI nºs 2013.020.01 e 5.10Mi).

O Relatório de Avaliação de 2013 – Contratualização com as USF justifica este comportamento com a inclusão de dois novos indicadores (SI nº 2013.047.01 e SI nº 2013.020.01) que eventualmente exigiram dos profissionais a revisão e reflexão de práticas clínicas e de registo até então inquestionáveis; e ainda com a manutenção ou aumento de exigência em indicadores cujo desempenho já se encontraria no limiar do melhor possível.

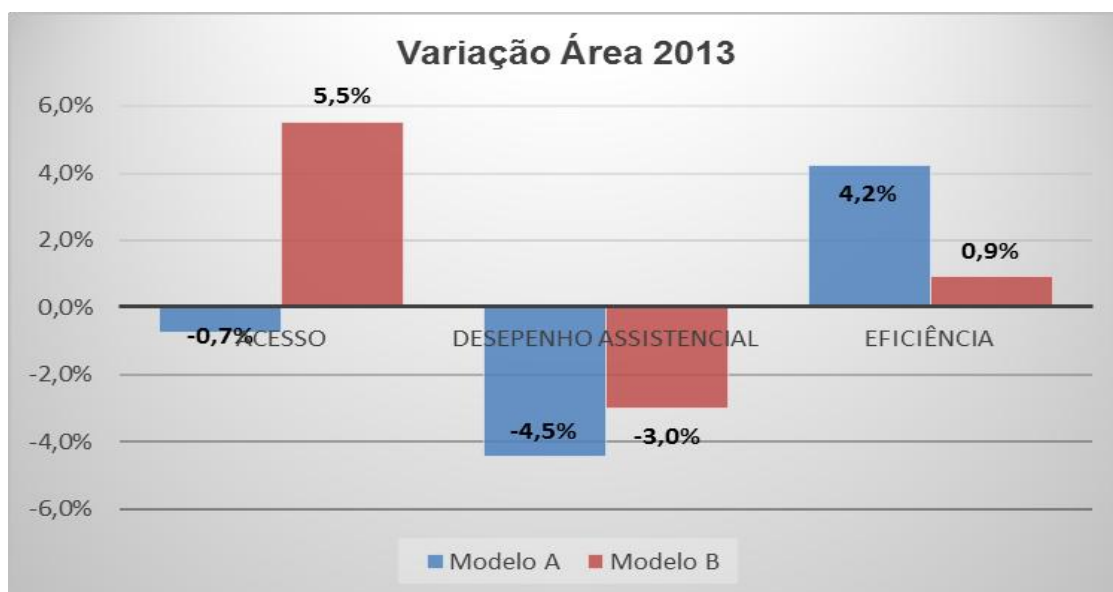
No que se refere à área da eficiência, a Tabela 3 e o Gráfico 6 permitem verificar que ambos os modelos mantiveram os bons resultados de 2012 relativamente ao indicador “*Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador*” (SI nº 7.6d4), evidenciando variações pouco significativas. Para tal terá ajudado certamente a redução do preço dos medicamentos (Relatório de Avaliação de 2013 – Contratualização com as USF). Além disso, o incentivo aos médicos para a prática de prescrição de genéricos e medicamentos de marca que não sejam tão dispendiosos pode ter tido efeito no cumprimento deste indicador, denotando-se uma evolução da percentagem de consumo de medicamentos genéricos faturados face a 2012 (Relatório de Atividades 2013 da ARS Centro).

Relativamente ao indicador “*Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS*” (SI nº 7.7d1), os resultados evidenciados pelos dois modelos refletem mais custos e uma menor eficiência.

Salienta-se que as metas contratualizadas foram mais exigentes traduzidas em valores de custo unitário mais baixo e, por isso, *plafons* menores. Não esquecendo o contexto económico-social desfavorável que reclamava contenção de custos e a necessidade de utilização de menos recursos.

Relativamente aos resultados evidenciados por área de desempenho, os mesmos encontram-se no Gráfico 7 *infra*:

**Gráfico 7:** Variação da área dos indicadores – Modelos USF A e B (2013)



**Fonte:** Elaboração própria

Na área da eficiência, comparativamente a 2012, ambos os modelos revelaram em 2013 um decréscimo dos resultados atingidos face às metas contratualizadas, particularmente no que se refere ao indicador com o SI nº 7.7d1.

Em 2013, embora com variações negativas, o modelo A evidenciou uma melhoria no cumprimento das metas estabelecidas nas áreas do acesso e desempenho assistencial face ao ano anterior. Em 2012, este modelo obteve -5,3% (acesso) e de -6,1% (desempenho assistencial).

No modelo B verifica-se um melhor resultado na área do acesso, com uma variação média global positiva de 5,5%. Para tal, o resultado da meta contratualizada no indicador com o SI nº 4.18 (domicílios médicos) foi determinante.

Na área do desempenho assistencial, o modelo B obteve um desempenho aquém do esperado, com uma variação média global negativa de -3,0%. O peso do resultado da meta contratualizada no indicador com o SI nº 5.10Mi (hipertensão) contribuiu para o incumprimento geral desta área.

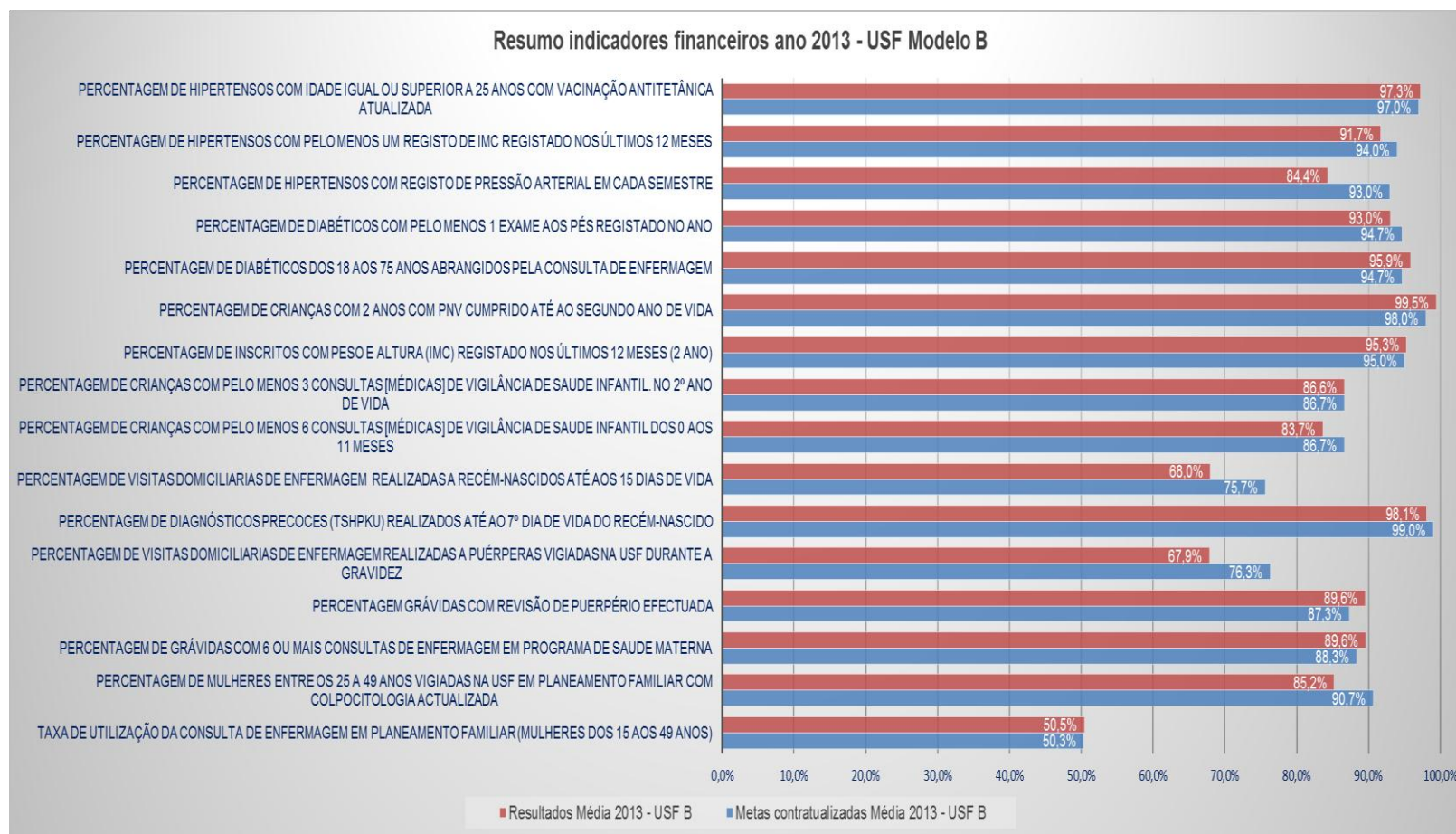
#### 4.4.2.2. Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B

**Tabela 4:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2013 - USF Modelo B

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2013 - USF B			Variação Área
			Metas contratualizadas	Resultados	Variação	
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização da consulta de enfermagem em planeamento familiar (mulheres dos 15 aos 49 anos)	50,3%	50,5%	0,2%	-2,9%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25 a 49 anos vigiadas na USF em planeamento familiar com colpocitologia actualizada	90,7%	85,2%	-6,0%	
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em programa de saúde materna	88,3%	89,6%	1,5%	1,4%
	6.4	Percentagem grávidas com revisão de puerpério efectuada	87,3%	89,6%	2,6%	
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	76,3%	67,9%	-11,0%	
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	98,1%	-0,9%	-4,8%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	75,7%	68,0%	-9,7%	
	4.9M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	86,7%	83,7%	-3,7%	
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil. no 2º ano de vida	86,7%	86,6%	-0,3%	0,5%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura (IMC) registado nos últimos 12 meses (2 ano)	95,0%	95,3%	0,3%	
	2013.027.01	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	99,5%	1,5%	
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem	94,7%	95,9%	1,3%	-0,2%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos 1 exame aos pés registado no ano	94,7%	93,0%	-1,7%	
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	93,0%	84,4%	-9,2%	-3,8%
	5.13M1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC registado nos últimos 12 meses	94,0%	91,7%	-2,4%	
	6.2M	Percentagem de hipertensos com idade igual ou superior a 25 anos com vacinação antitetânica actualizada	97,0%	97,3%	0,3%	

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

**Gráfico 8:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2013 – USF Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

Conforme se pode verificar na Tabela 4 e no Gráfico 8 *supra*, em 2013 as metas contratualizadas para atribuição de incentivos financeiros foram aumentadas em todos os indicadores face ao ano de 2012.

No que se refere aos resultados atingidos, em 2013 não foram tão satisfatórios como ocorreu em 2012 mas no geral os cumprimentos foram expressivamente bons, demonstrando que este painel de indicadores é menos suscetível a variações negativas do que o painel relativo a indicadores institucionais (Relatório de Avaliação de 2013 – Contratualização com as USF).

À semelhança de 2012, voltam a ter destaque os mesmos indicadores, ambos inseridos na área da Saúde Materna e da Saúde Infantil (1º ano de vida): “*Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez*” (SI nº 4.33) e “*Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida*” (SI nº 4.34M).

Tal como no ano anterior, os dois indicadores tiveram das metas mais baixas relativamente aos outros indicadores. No entanto, em 2013, as metas foram aumentadas, o que se pode considerar natural dado que atingiram resultados bastante satisfatórios em 2012 com variações 16,8% e 17,0%, respetivamente.

O aumento das metas talvez tenha influenciado os resultados apresentados, os quais descenderam significativamente com uma variação de -11,0% no indicador com o SI nº 4.33 e com uma variação no valor de 9,7% no indicador com o SI nº 4.34M.

Para estes resultados de 2013, aponta-se como possível fator a diminuição da taxa de natalidade face a 2012 (Relatório de Atividades 2013 da ARS Centro).

Outro indicador evidenciado na Tabela 4 *supra* é o indicador com o SI nº 5.10Mi “*Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre*”. Este indicador encontra-se igualmente na contratualização para atribuição de incentivos institucionais de 2013.

Tal como na variação verificada na carteira dos indicadores institucionais (-11,4%), também nos indicadores financeiros o modelo B apresenta uma variação de -9,2%, verificando-se uma tendência.



#### **4.4.3. Indicadores, metas e resultados – ano 2014**

Neste subcapítulo serão apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos institucionais, respetivos resultados e variações, obtidos para o ano de 2014 relativamente às USF do modelo A e B em estudo. Será também apresentada uma comparação entre ambos os modelos.

Serão igualmente apresentados os dados relativos às metas para os indicadores para atribuição de incentivos financeiros, respetivos resultados e variações, obtidos para o ano de 2014 relativamente às USF do modelo B em estudo.

##### **4.4.3.1. Dados relativos à atribuição de incentivos institucionais – USF Modelo A e Modelo B**

A Tabela 5 *infra* reflete os indicadores e metas definidos pela ACSS para o eixo Nacional comuns a todas as USF, abrangendo as áreas do acesso, do desempenho assistencial e da eficiência.

É notória a introdução de novos indicadores, visando obter uma maior abrangência de cuidados de saúde. O eixo nacional engloba indicadores de várias áreas clínicas evidenciando-se a preocupação da Tutela em abarcar mais patologias e ganhos em saúde. Contrariamente ao ocorrido em 2012 e 2013, em 2014 não há indicadores com metas ajustadas (ver ponto 4.3 do presente trabalho).

Comparativamente aos anos 2012 e 2013, as metas contratualizadas parecem mais homogeneizadas entre os dois modelos nomeadamente na área do desempenho assistencial, possivelmente devido ao facto de que nesta contratualização todo o universo de indivíduos foi incluído independentemente da existência de compromisso de vigilância em que se insere o parâmetro a avaliar.

No que se refere à área da eficiência, comparativamente a 2012 e 2013, verifica-se uma alteração na descrição nos dois indicadores relativos a esta área: de “*custo médio com medicamentos e de MCDT faturados...*” passou-se a “*despesa média de medicamentos e de MCDT prescritos...*” (ver SI nºs 2013.070.01 e 2013.071.01).

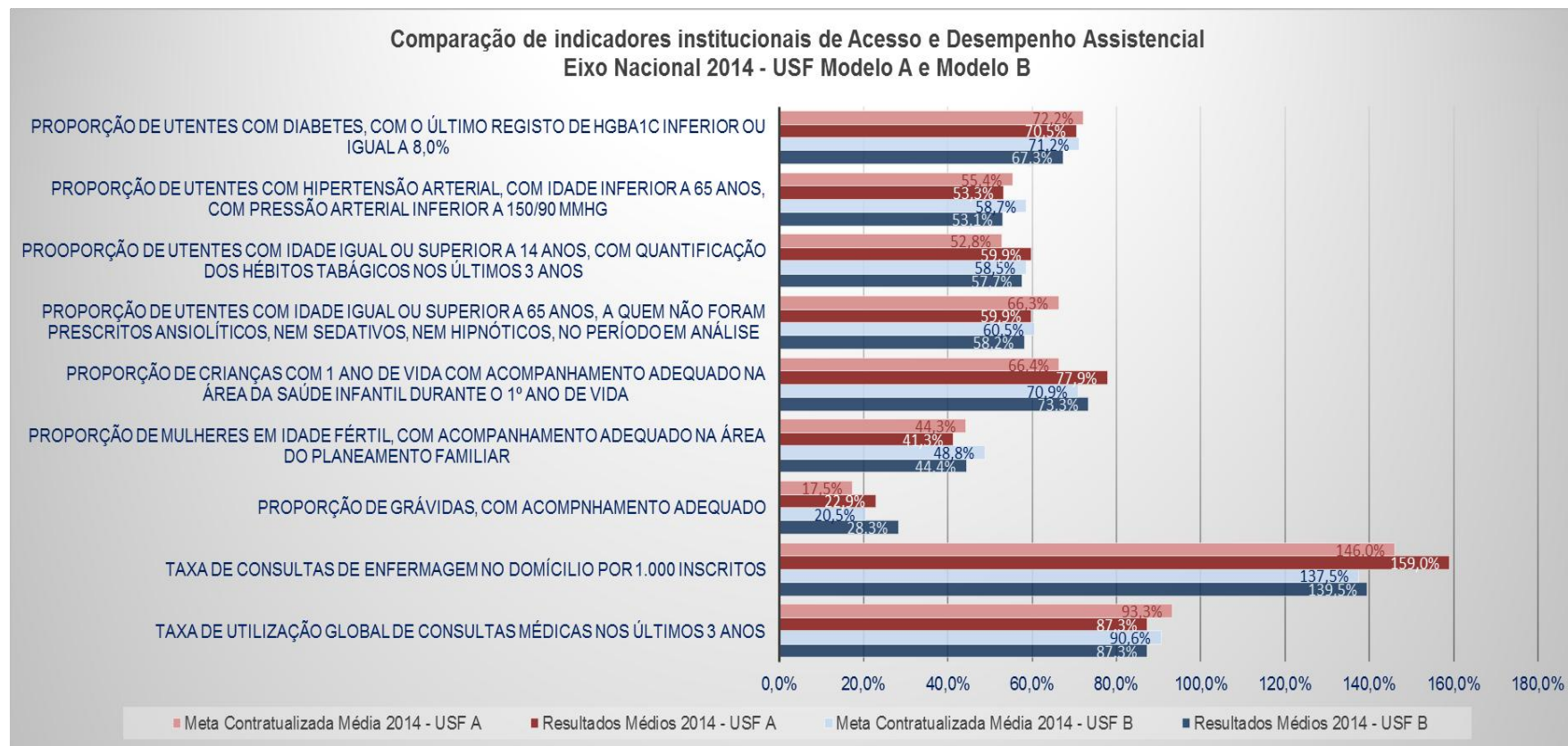
A análise a este ano específico procurará identificar indicadores contratualizados nos anos anteriores e examinar situações relevantes para o objetivo do estudo nas diferentes áreas de indicadores.

**Tabela 5:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Nacional

EIXO NACIONAL 2014 - indicadores definidos pela ACSS											
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2014 - USF A				Valores Médios 2014 - USF B			
				Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área	Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas 3 anos	93,3%	87,3%	-6,3%	1,2%	90,6%	87,3%	-3,6%	-1,2%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	146,0%	159,0%	8,7%		137,5%	139,5%	1,3%	
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	17,5%	22,9%	30,4%	6,0%	20,5%	28,3%	38,4%	2,0%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	44,3%	41,3%	-6,4%		48,8%	44,4%	-8,8%	
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	66,4%	77,9%	19,7%		70,9%	73,3%	4,1%	
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,3%	59,9%	-9,7%		60,5%	58,2%	-3,8%	
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	52,8%	59,9%	14,1%		58,5%	57,7%	-1,5%	
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	55,4%	53,3%	-3,9%		58,7%	53,1%	-8,9%	
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	72,2%	70,5%	-2,3%		71,2%	67,3%	-5,4%	
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	206,93 €	197,98 €	-4,2%	5,0%	175,88 €	163,78 €	-7,3%	0,8%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	48,38 €	55,40 €	14,2%		49,48 €	53,28 €	8,8%	

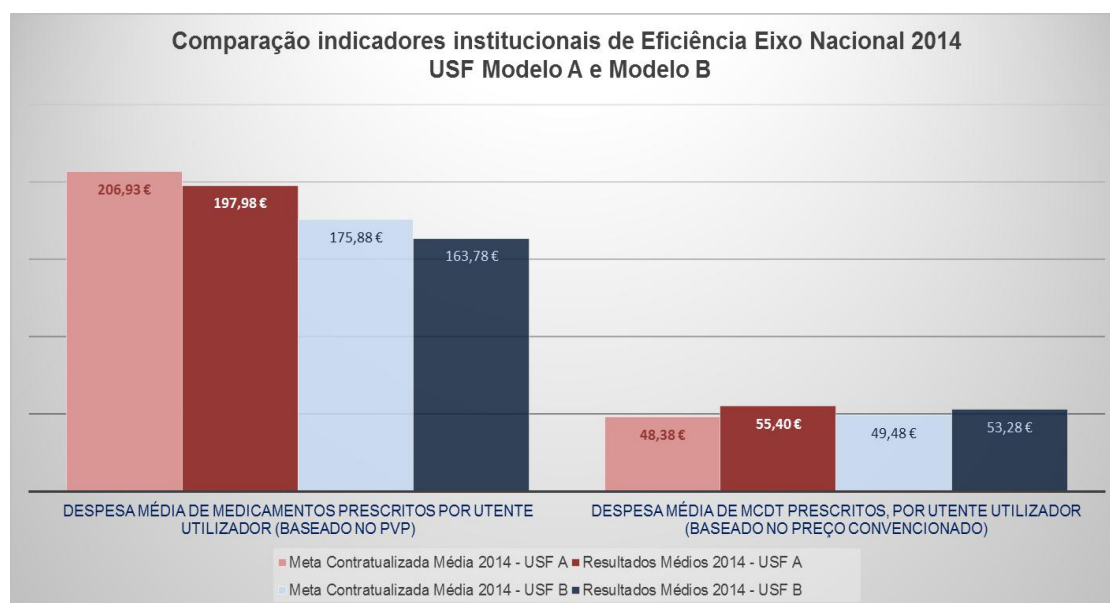
**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 9:** Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014 – Eixo Nacional- Modelos A e B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 10:** Indicadores de Eficiência para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Nacional – USF Modelo A e Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

A Tabela 5, e os Gráfico 9 e Gráfico 10 originaram a identificação das situações identificadas no Quadro 48 *infra*:

**Quadro 48:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional

Área	Indicador	Modelo A	Modelo B
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de utilização global de consultas médicas – 3 anos (SI nº 2013.006.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No modelo A as metas contratualizadas são mais elevadas relativamente ao modelo B;</li> <li>Comparativamente ao SI nº 2013.002.01 (2013), conclui-se que as metas aumentaram significativamente deduzindo que se aguardou um elevado número de utentes.</li> </ul>	

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF e Relatório de Atividades 2014 da ARS Centro (Continua)

**Quadro 49:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional

(Continuação)

Desempenho Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos os indicadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verifica-se uma redução das metas contratualizadas nos dois modelos na área do desempenho assistencial face aos anos anteriores;</li> <li>▪ Face às metas contratualizadas e em alguns indicadores, o modelo A alcançou melhores resultados do que o modelo B.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos” (SI nº 2013.047.01).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicador que transitou da contratualização de 2013;</li> <li>▪ Em 2014, as metas contratualizadas pelos dois modelos foram aumentadas face a 2013;</li> <li>▪ Em 2013, o modelo A teve uma meta de 41,3% e um resultado de 4,7%. Em 2014, a meta aumentou para os 52,8% e o resultado foi proporcional (59,9%).</li> <li>▪ O modelo B em 2013 contratualizou uma meta de 48,8% e obteve um resultado de 49,3%. Em 2014 tem uma meta aumentada para 58,5% e um resultado que ficou um pouco aquém da meta, ou seja, de 57,7%.</li> <li>▪ Em 2014, o modelo A obteve uma variação de 14,1% e o modelo B de -1,5%.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a &lt;65 anos, compressão arterial inferior a 150/90 mmHg” (SI nº 2013.020.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicador que transitou da contratualização de 2013;</li> <li>▪ Em 2014, as metas contratualizadas pelos dois modelos foram aumentadas face a 2013;</li> <li>▪ Comparativamente a 2013, verifica-se a evolução do modelo A: passou de uma variação de -10,3% (2013) para -3,9% (2014);</li> <li>▪ O modelo B em 2013 obteve uma variação de - 3,1% para uma variação de -8,9% em 2014.</li> </ul>

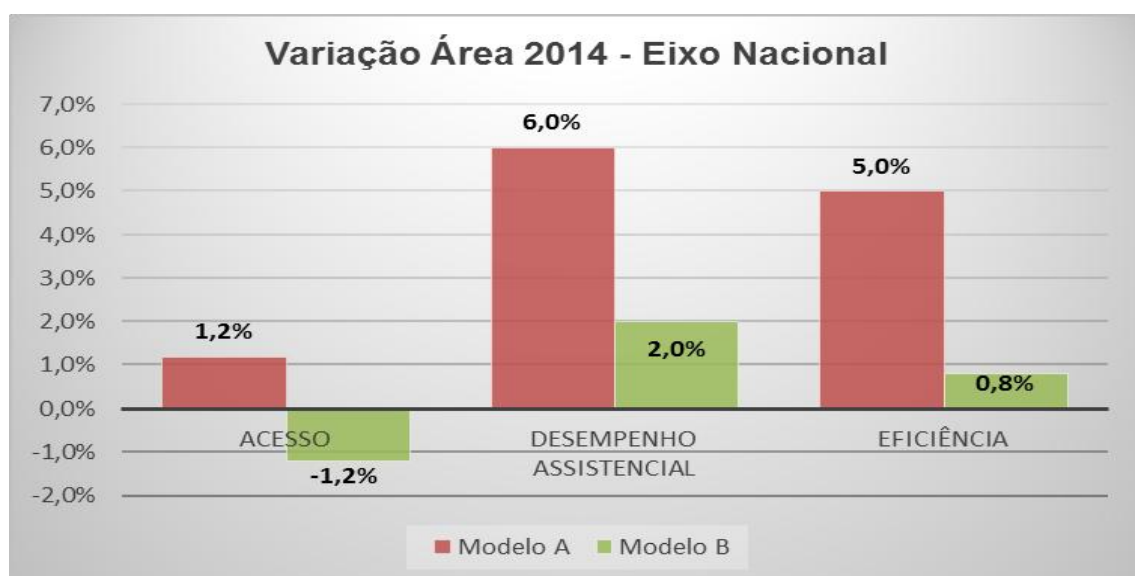
**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF e Relatório de Atividades 2014 da ARS Centro (Continua)

**Quadro 50:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Nacional  
(Continuação)

Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP) (SI nº 2013.070.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se uma significativa redução da exigência da meta nos dois modelos face a 2013, devido a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Onerosidade dos medicamentos;</li> <li>Possível relação com o indicador “Taxa de utilização global de consultas médicas – 3 anos (SI nº 2013.006.01)”: se esperam mais utentes é natural que o custo aumente;</li> <li>Relação com o facto da carteira de indicadores ter aumentado significativamente no ano de 2014, levando as USF a “desdobrarem-se” para o cumprimento de mais e novos indicadores;</li> </ul> </li> <li>Ambos os modelos cumpriram com sucesso o indicador, evidenciando as boas práticas dos profissionais.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Despesa média de MCDT prescritos por utente utilizador (baseado no preço convencionado) (SI nº 2013.071.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se uma exigência praticamente semelhante nos dois modelos uma vez que a meta contratualizada pelo modelo A foi de 48,38€ e no modelo B de 49,48€;</li> <li>A meta do modelo A foi ligeiramente mais rigorosa relativamente ao modelo B, contrariamente ao que se verificou no outro indicador de eficiência (SI nº 2013.070.01).</li> <li>Os dois modelos não cumpriram a meta estabelecida, devido ao facto de ter havido alterações na prestação de convencionados e na tabela de preços em vigor (Relatório de Atividades 2014 - ARS Centro).</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF e Relatório de Atividades 2014 da ARS Centro

**Gráfico 11:** Variação da área dos indicadores – Eixo nacional – Modelos USF A e B (2014)



**Fonte:** Elaboração própria

Conforme o Gráfico 11 *supra*, neste Eixo (Nacional), comparativamente a 2012 e 2013, o modelo A obteve, pela primeira vez, um melhor desempenho face ao modelo B nas áreas do acesso e do desempenho assistencial.

Na área do acesso, a variação global do modelo A (1,2%) contrapõe com o desempenho insuficiente evidenciado no modelo B (-1,2%).

No que se refere ao desempenho assistencial, a variação global do modelo A nesta área (6,0%) foi superior à variação demonstrada pelo modelo B (2,0%).

Na área da eficiência verifica-se que ambos os modelos obtiveram variações globais menos satisfatórias, evidenciando-se o modelo A com 5,0%. Para esta situação contribuíram os resultados relativos ao indicador “*Despesa média de MCDT prescritos por utente utilizador (baseado no preço convencionado)*” (SI nº 2013.071.01).

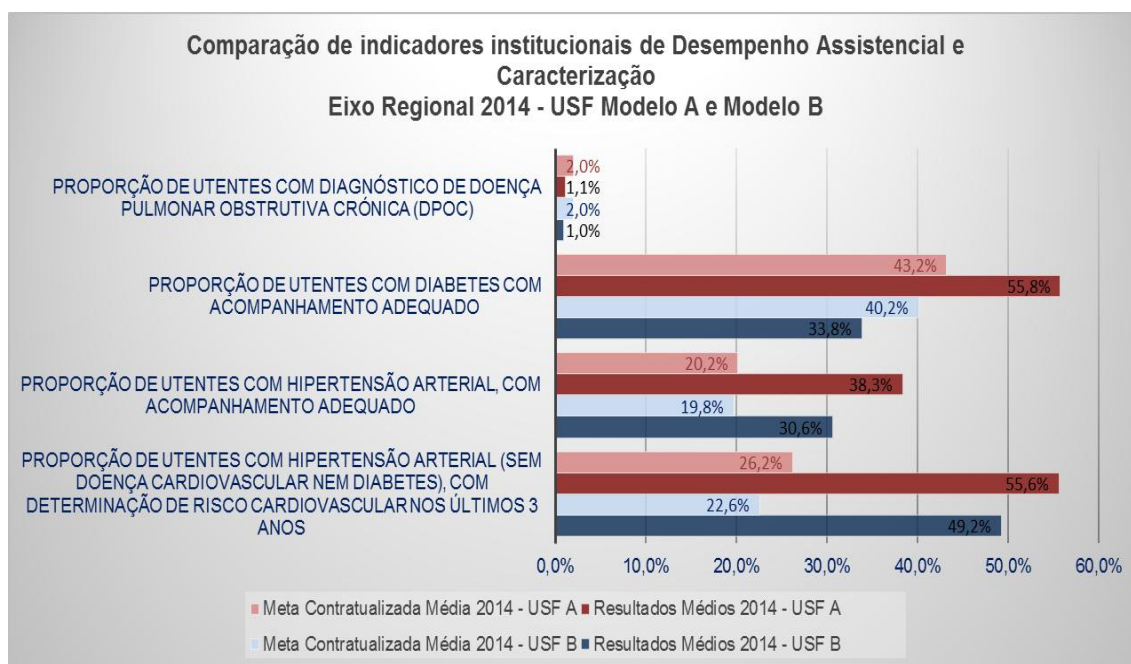
**Tabela 6:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Regional

EIXO REGIONAL 2014 - indicadores definidos pela ARS											
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2014 - USF A				Valores Médios 2014 - USF B			
				Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área	Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	26,2%	55,6%	116,4%	78,8%	22,6%	49,2%	135,1%	59,9%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	20,2%	38,3%	88,7%		19,8%	30,6%	61,2%	
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	43,2%	55,8%	31,3%		40,2%	33,8%	-16,6%	
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	1,1%	-45,0%	-45,0%	2,0%	1,0%	-52,5%	-52,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF



**Gráfico 12:** Indicadores desempenho assistencial e de caracterização para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Regional 2014 – USF Modelos A e B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

A Tabela 6 e o Gráfico 12 *supra* permitem concluir que, embora os indicadores inseridos na área do desempenho assistencial tenham uma descrição e um código S.I. diferentes dos anos de 2012 e 2013, pode-se efetuar a analogia entre eles por via das suas áreas clínicas: a hipertensão e a diabetes.

Assim, nessa ótica e uma vez que os resultados verificados em 2012 e 2013 relativamente aos dois modelos não foram satisfatórios, compreende-se a preocupação da ARS Centro em definir indicadores que foquem estas áreas que se inserem nos problemas de saúde mais frequentes, codificados nos cuidados de saúde primários (Metodologia da Contratualização CSP 2014).

Assim, no que se refere a este eixo (regional), evidenciam-se os seguintes aspetos descritos no Quadro 51 infra:

**Quadro 51:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Regional

Área	Indicador	Modelo A	Modelo B
Desempenho Assistencial	▪ Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos (SI nº 2013.023.01)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verifica-se uma reduzida exigência nas metas contratualizadas nos dois modelos.</li><li>▪ As metas contratualizadas são ligeiramente mais elevadas no modelo A.</li><li>▪ Nos dois indicadores relativos à área clínica da hipertensão, os dois modelos contratualizaram metas reduzidas numa média de 22%, cumprindo as metas com resultados bastante significativos.</li><li>▪ No indicador relativo à área clínica da diabetes, verifica-se um comportamento oposto nos dois modelos:<ul style="list-style-type: none"><li>- O modelo A obteve uma variação de 31,3%;</li><li>- O modelo B obteve uma variação de -16,6%</li></ul></li></ul>	
	▪ Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado (SI nº 2013.025.01)		
	▪ Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado (SI nº 2013.043.01)		

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

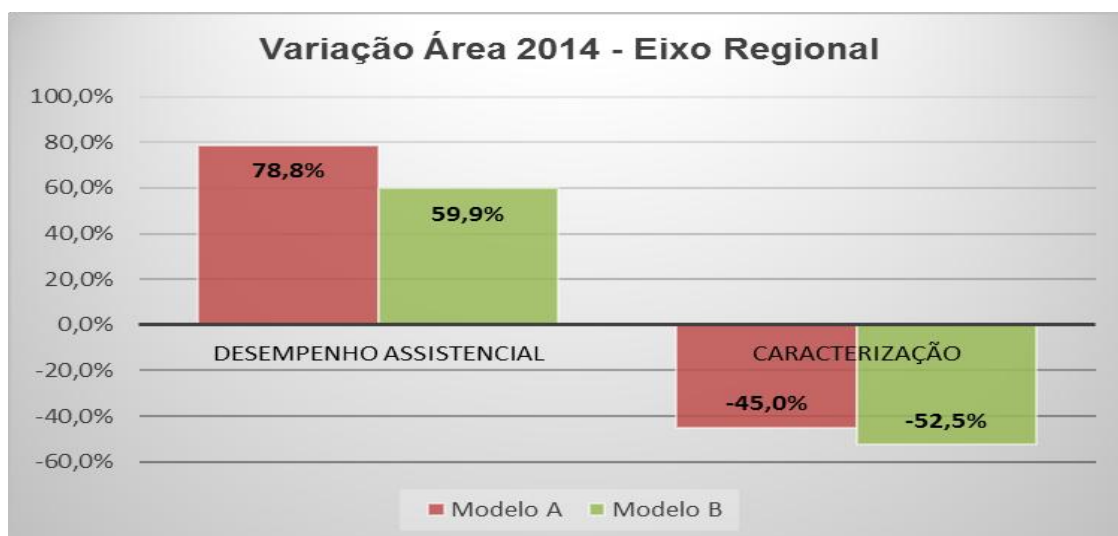
Vale destacar o comportamento evidenciado pelos dois modelos no indicador com o SI nº 2013.043.01 (diabetes). Enquanto o modelo A cumpriu o indicador (31,3%), o modelo B apresentou uma variação significativa de -16,6% perante uma meta mais reduzida relativamente ao modelo A.

Nesse sentido, procurou-se naturalmente justificar esta situação, verificando-se que duas USF do modelo B – “USF Briosá” e “USF Cruz de Celas” - contribuíram para estes resultados (ver Anexo VIII).

No Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF, encontram-se pequenos excertos dos relatórios de atividades de cada USF. Verificou-se que estas USF supracitadas referiram a existência de problemas com o sistema informático que não possibilitou a atempada monitorização e correção de desvios, bem como a insuficiência de recursos humanos.

No que respeita ao comportamento dos dois modelos por área de indicadores, este pode ser visualizado no Gráfico 13 *infra*:

**Gráfico 13:** Variação da área dos indicadores – Eixo regional – Modelos USF A e B (2014)



**Fonte:** Elaboração própria

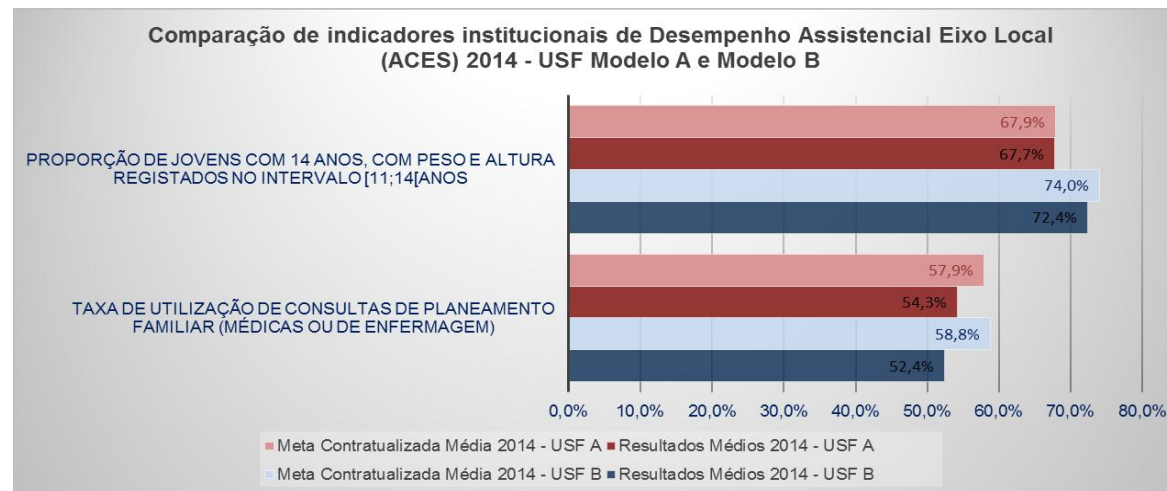
Conclui-se que à semelhança do que aconteceu no eixo nacional nas áreas do acesso e do desempenho assistencial, o modelo A obteve um melhor desempenho neste eixo regional relativamente ao modelo B, o qual abrange as áreas do desempenho assistencial e da caracterização.

**Tabela 7:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A e USF Modelo B) – Eixo Local (ACES)

EIXO LOCAL 2014 - indicadores definidos pelo ACES											
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2014 - USF A				Valores Médios 2014 - USF B			
				Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área	Meta Contratualizada	Resultados	Variação	Variação Área
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	57,9%	54,3%	-6,1%	-2,4%	58,8%	52,4%	-10,4%	-6,3%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14]Anos	67,9%	67,7%	1,3%		74,0%	72,4%	-2,1%	

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 14:** Indicadores de desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (ACES) – USF Modelos A e B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Na Tabela 7 e no Gráfico 14, encontram-se os indicadores definidos pelo ACES Baixo Mondego (Eixo Local-ACES), os quais incidiram na área do desempenho assistencial. Trata-se de indicadores novos que incidem nas áreas da Saúde Materna (SM) e Planeamento Familiar (PF) e da Saúde Infantil Juvenil (S.Inf.Juv.).

Verifica-se que ao contrário do ocorrido em alguns indicadores do eixo nacional e no eixo regional, o modelo B apresenta metas mais elevadas face ao modelo A, ainda que relativamente pouco significativas.

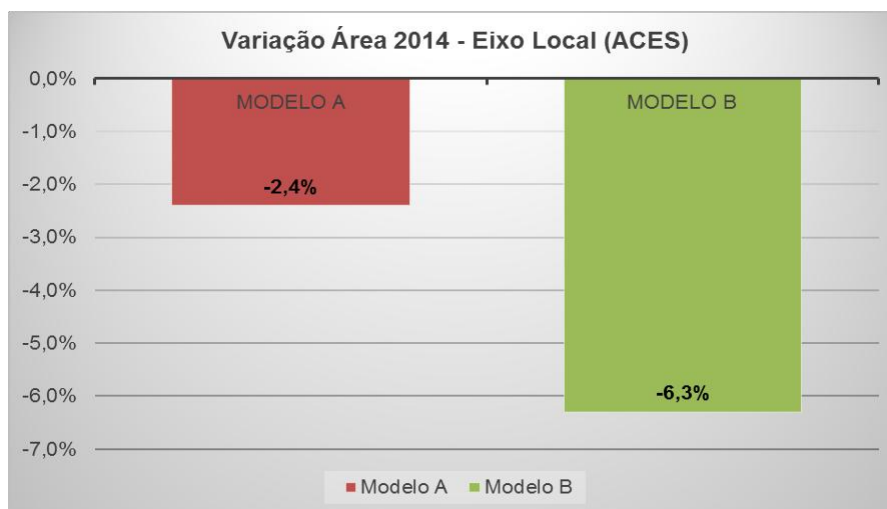
Destacam-se os resultados evidenciados no indicador “*Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)*” com o SI nº 2013.008.01, como o modelo A a apresentar uma variação de -6,1% e o modelo B de – 10,4%.

Conforme se pode verificar no Anexo VII e Anexo VIII, a maioria das USF da amostra em estudo pertencentes aos dois modelos, não cumpriu o indicador.

Não foi possível obter uma justificação para esta situação. Contudo, a Tabela 5 (eixo nacional) permite concluir que na área do acesso, o indicador com o SI nº 2013.006.01 – “*Taxa de utilização global de consultas médicas*” – não foi igualmente cumprido por ambos os modelos, podendo existir uma correlação.

No que respeita ao desempenho apresentado por cada modelo neste eixo local (ACES), o Gráfico 15 *infra*, demonstra que, mais uma vez, o modelo A revelou um melhor desempenho do que o modelo B:

**Gráfico 15:** Variação da área dos indicadores – Eixo local (ACES) – Modelos USF A e B (2014)



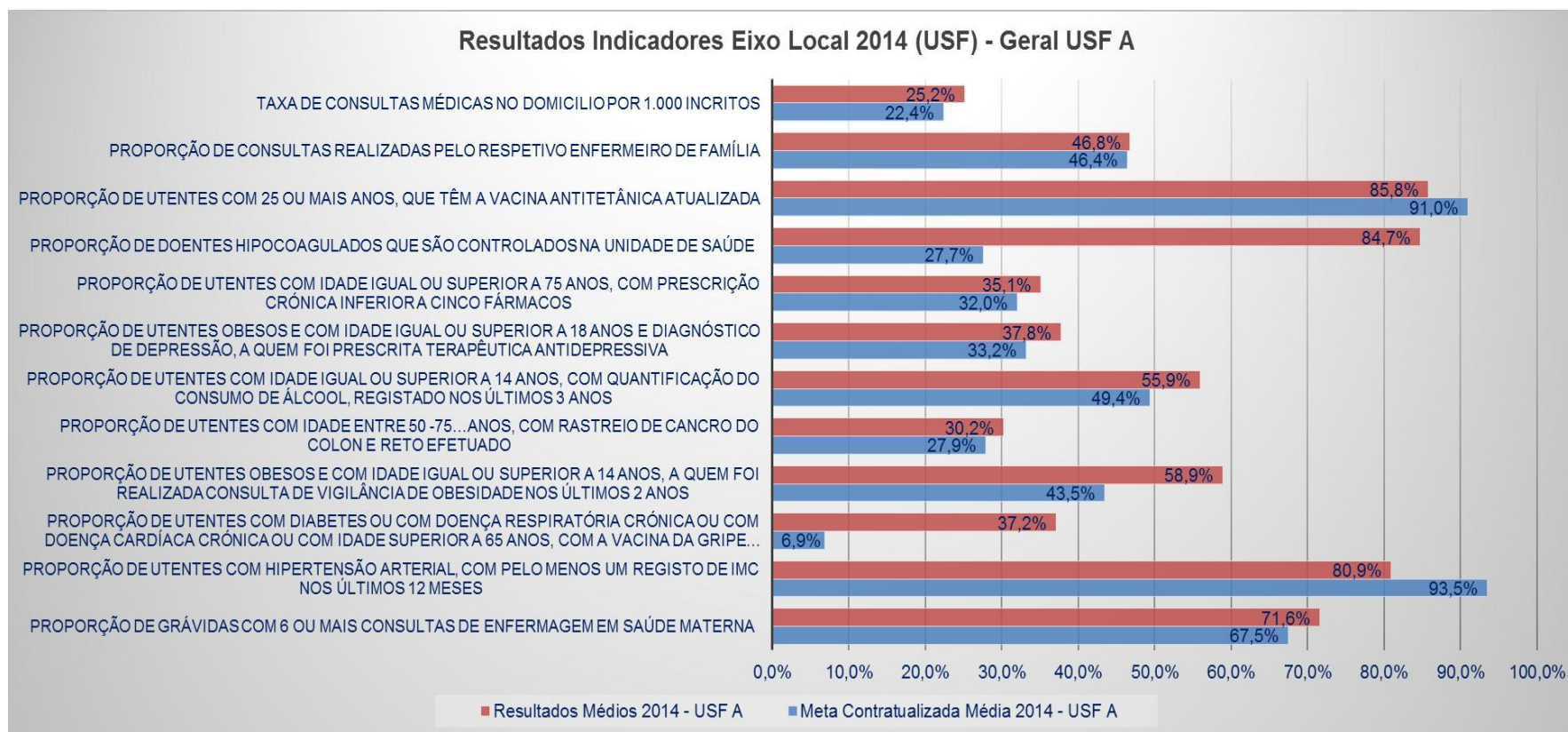
Fonte: Elaboração própria

**Tabela 8:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo A) – Eixo Local (USF)

EIXO LOCAL 2014 - indicadores definidos por cada uma das USF								
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2014 - USF A			Variação Área	# USF*
				Meta Contratualizada	Resultados	Variação		
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	67,5%	71,6%	6,0%	71,6%	2
	Hipertensão	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	93,5%	80,9%	-13,5%		1
	S. Adultos	2013.030.01	Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	6,9%	37,2%	442,3%		2
	Transversal	2013.034.01	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos	43,5%	58,9%	35,4%		1
	Rastreio oncológico	2013.046.01	Proporção de utentes com idade entre 50 - 75...anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	27,9%	30,2%	8,2%		1
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	49,4%	55,9%	13,2%		2
	S. Mental	2013.055.01	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva	33,2%	37,8%	13,9%		1
	S. Adultos	2013.065.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	32,0%	35,1%	9,7%		1
	S. Adultos	2013.092.01	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	27,7%	84,7%	206,3%		2
	S. Adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	91,0%	85,8%	-5,7%		1
Acesso	Transversal	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	46,4%	46,8%	0,9%	6,7%	1
	Transversal	2013.003.01	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inritos	22,4%	25,2%	12,5%		1

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 16:** Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (USF) – Modelo A



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

A Tabela 8 e o Gráfico 16 *supra* identificam os indicadores, metas e resultados para o Eixo Local, definidos pelas USF Modelo A.

Ressalva-se que a última coluna da tabela refere-se ao número de USF modelo A que escolheram o respetivo indicador.

Realçam-se as seguintes situações descritas no Quadro 52 *infra*:

**Quadro 52:** Indicadores evidenciados na contratualização de 2014 – Eixo Local (Modelo A)

Área	Indicador	Observações
Desempenho Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses” (SI nº 2013.018.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se que foi a meta contratualizada mais elevada neste eixo (93,5%), resultando numa variação negativa de -13,5%;</li> <li>Embora possa não existir uma relação direta, verifica-se que a preocupação em escolher este indicador (SI nº 2013.018.01) e ter uma meta elevada manifestou-se num resultado bastante satisfatório, apesar da variação negativa (-13,5%).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses (SI nº 2013.030.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se uma variação bastante elevada (442,3%) face à meta contratualizada (6,9%), situação que pode estar relacionada com: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Este indicador abrange um diversificado número de patologias, o que leva a abranger um vasto número de utentes.</li> <li>- Pode também estar relacionado com a aposta forte do SNS na divulgação da vacinação contra a gripe.</li> <li>- Pode ter ocorrido possibilidade de erro na recolha de informação relativamente ao registo deste indicador.</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde (SI nº 2013.092.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se uma variação bastante elevada (206,3%) face à meta contratualizada (27,7%).</li> <li>Pode ter ocorrido possibilidade de erro na recolha de informação relativamente ao registo deste indicador</li> </ul>
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos (SI nº 2013.003.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se uma meta contratualizada não muito distante relativamente à meta dos anos anteriores, verificando-se que, ao contrário do que ocorreu em 2012 e 2013, o modelo A cumpriu a meta estipulada, obtendo uma variação positiva de 12,5%.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

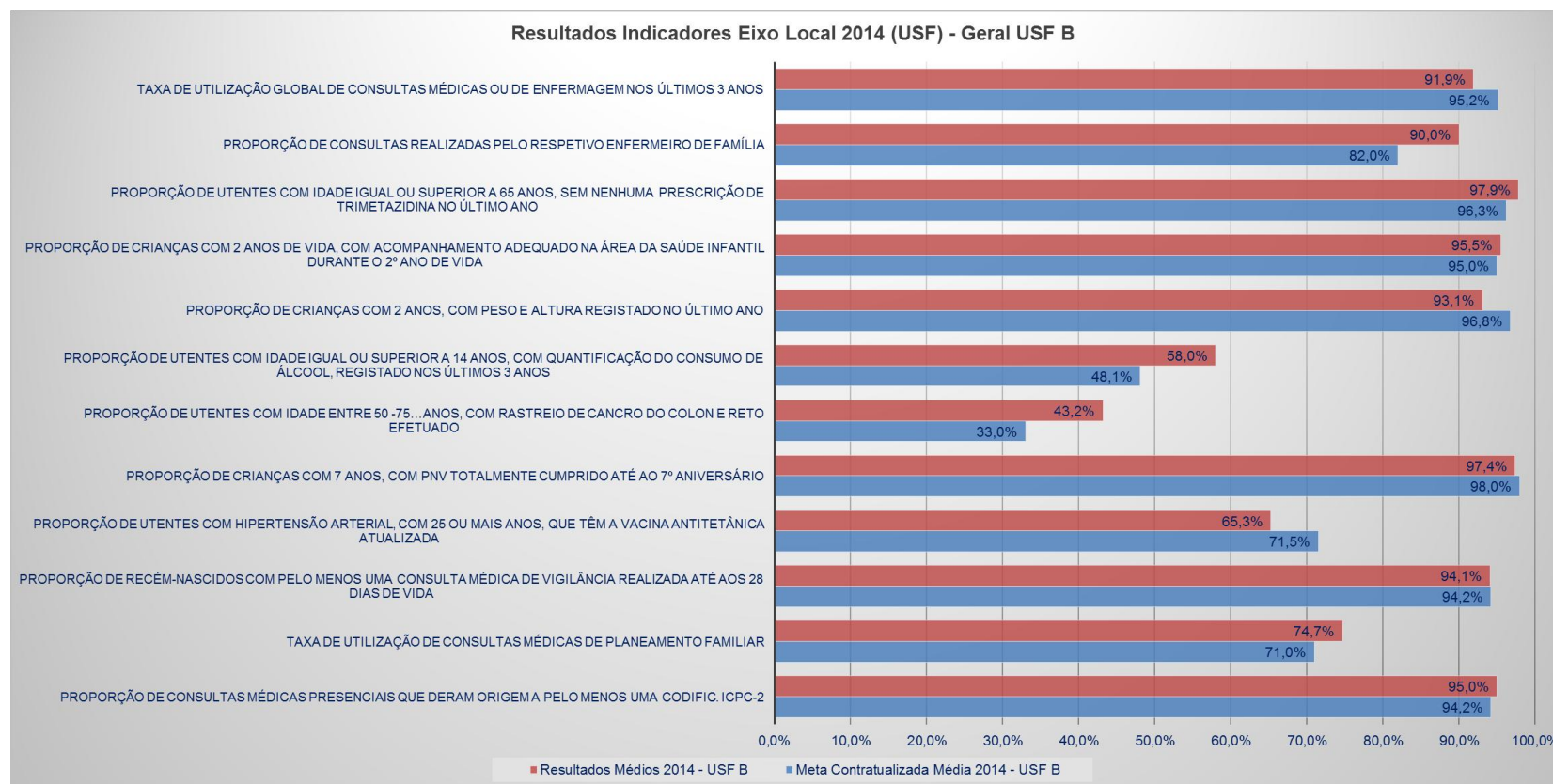


**Tabela 9:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos institucionais no ano 2014 (USF Modelo B) – Eixo Local (USF)

EIXO LOCAL - indicadores definidos por cada uma das USF								
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Valores Médios 2014 - USF B			Variação Área	# USF*
				Meta Contratualizada	Resultados	Variação		
Desempenho assistencial	Transversal	2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codific.	94,2%	95,0%	0,8%	81,4%	1
	SMPF	2013.010.01	Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	71,0%	74,7%	5,2%		1
	S.Inf.Juv.	2013.014.01	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	94,2%	94,1%	-0,1%		1
	Hipertensão	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	71,5%	65,3%	-8,7%		2
	S.Inf.Juv.	2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	98,0%	97,4%	-0,6%		1
	Rastreio oncológico	2013.046.01	Proporção de utentes com idade entre 50 - 75...anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	33,0%	43,2%	30,9%		1
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	48,1%	58,0%	20,6%		2
	S.Inf.Juv.	2013.059.01	Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	96,8%	93,1%	-3,8%		1
	S.Inf.Juv.	2013.060.01	Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida	95,0%	95,5%	0,5%		1
	S. Adultos	2013.067.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	96,3%	97,9%	1,7%		2
Acesso	Transversal	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	82,0%	90,0%	9,8%	3,2%	1
	Transversal	2013.100.01	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	95,2%	91,9%	-3,4%		2

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 17:** Indicadores de acesso e desempenho assistencial para atribuição de incentivos institucionais 2014- Eixo Local (USF) – Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

A Tabela 9 e o Gráfico 17 *supra* permitem verificar que os indicadores escolhidos pelas USF modelo B, apresentaram uma variação relativamente equilibrada face às metas contratualizadas. No geral, cumpriram as áreas do desempenho assistencial e do acesso, com variações globais positivas de 81,4% e de 3,2%, respetivamente.

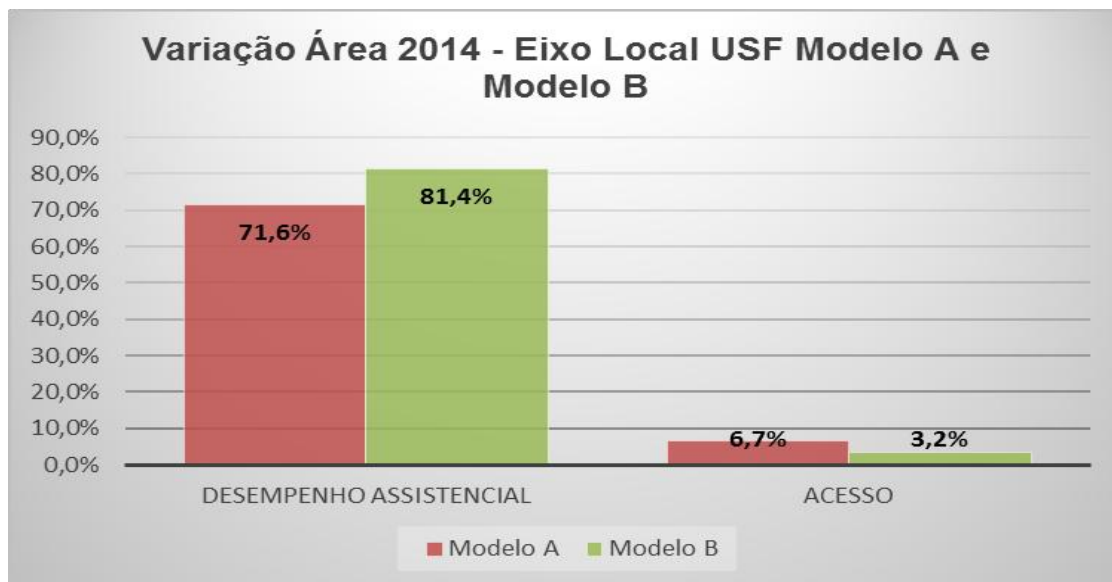
Ressalva-se que a última coluna da Tabela 9 *supra* refere-se ao número de USF modelo A que escolheram o respetivo indicador.

Para o cumprimento da área do desempenho assistencial, contribuíram os indicadores com os SI nºs 2013.046.01 - *Proporção de utentes com idade entre 50 -75...anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado* - e 2013.053.01 - *Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos*".

Não foi possível identificar justificações para estes resultados. No entanto, verificou-se no Relatório de Atividades 2014 da ARS Centro, que foi implementado o Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto e que a taxa de adesão da população inserida no ACES Baixo Mondego foi significativa (58,2%).

No mesmo Relatório encontra-se referido que constituiu atividade de 2014, reduzir a prevalência e a incidência dos problemas ligados ao consumo de álcool e que o indicador em questão (SI nº 2013.053.01) foi superado.

**Gráfico 18:** Variação da área dos indicadores – Eixo Local – Modelos USF A e B (2014)



**Fonte:** Elaboração própria

O Gráfico 18 *supra* permite verificar o comportamento dos dois modelos relativamente aos indicadores contratualizados por cada USF no eixo Local (USF).

Assim, verifica-se que no que se refere à área do desempenho assistencial o modelo B obteve um melhor desempenho perante os indicadores por si escolhidos. O modelo A teve um comportamento igualmente positivo mas um pouco inferior, verificando-se uma variação de 71,6%.

Na área do acesso, os dois modelos cumpriram a área, destacando-se o modelo A com uma variação superior de 6,7%, para a qual contribuiu o indicador “*Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos*”.

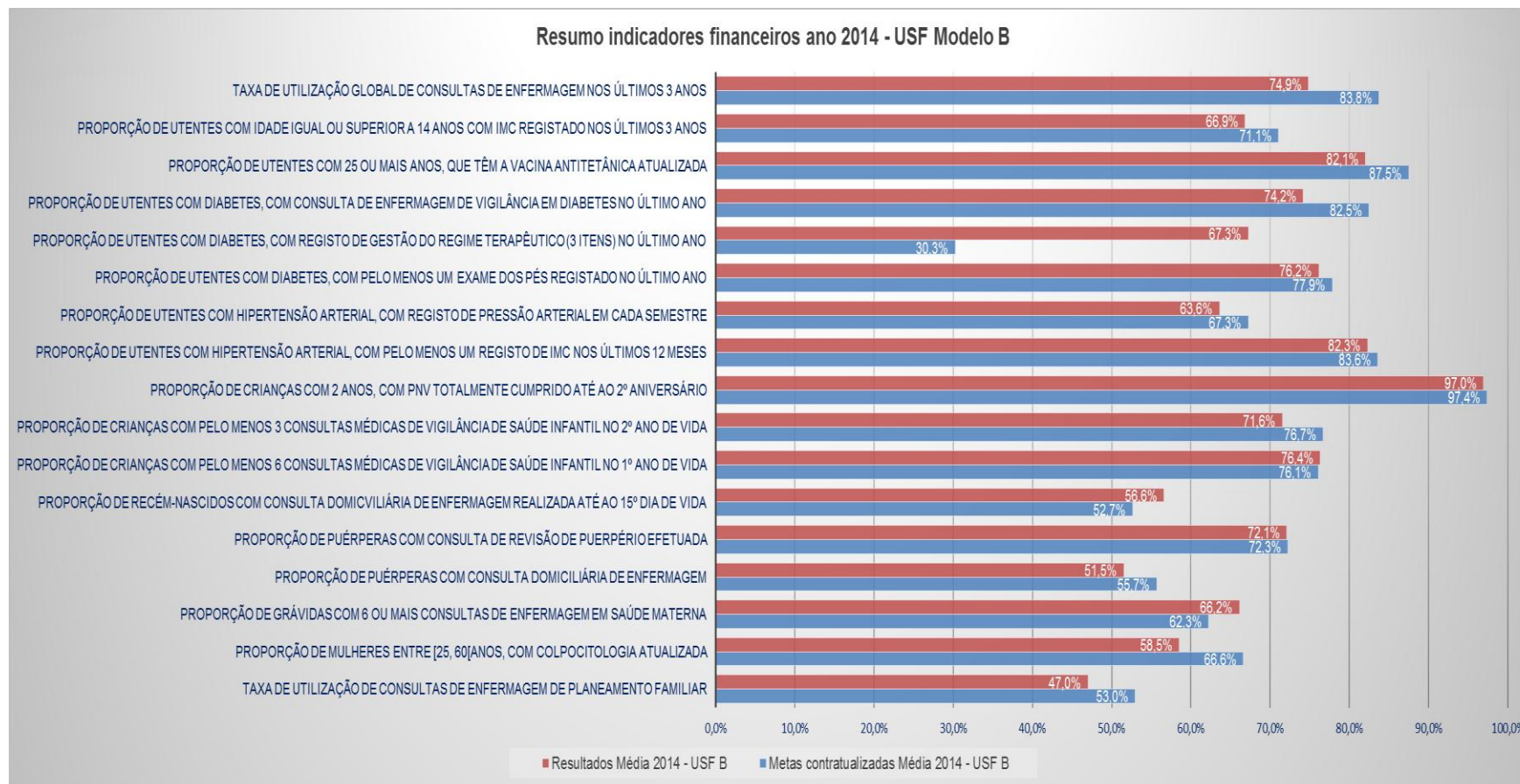
#### 4.4.3.2. Dados relativos à atribuição de incentivos financeiros – USF Modelo B

**Tabela 10:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2014 - USF Modelo B

			Valores Médios 2014 - USF B				Variação Área Clínica
Área	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Metas contratualizadas	Resultados	Variação	
Desempenho assistencial	Planeamento familiar e Rastreio oncológico	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	53,0%	47,0%	-10,9%	-11,4%
		2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25, 60]anos, com colpocitologia atualizada	66,6%	58,5%	-11,8%	
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	62,3%	66,2%	9,4%	1,2%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	55,7%	51,5%	-6,9%	
		2013.050.01	Proporção de puérperas com consulta de revisão de puerpério efetuada	72,3%	72,1%	1,2%	
	Saúde Infantil (1º ano de vida)	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	52,7%	56,6%	7,6%	4,0%
		2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	76,1%	76,4%	0,3%	
	Saúde Infantil (2º ano de vida)	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	76,7%	71,6%	-7,2%	-3,8%
		2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	97,4%	97,0%	-0,4%	
	Hipertensão arterial	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	83,6%	82,3%	-1,2%	-3,2%
		2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	67,3%	63,6%	-5,3%	
	Diabetes	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	77,9%	76,2%	-2,1%	42,7%
		2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	30,3%	67,3%	140,7%	
		2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	82,5%	74,2%	-10,4%	
	Saúde adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	87,5%	82,1%	-6,2%	-6,0%
		2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	71,1%	66,9%	-5,7%	
Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	83,8%	74,9%	-10,6%	-10,6%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Gráfico 19:** Indicadores, metas e resultados para atribuição de incentivos financeiros no ano 2014 - USF Modelo B



**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

A Tabela 10 e o Gráfico 19 *supra*, permitem verificar que face a 2012 e 2013, a carteira de indicadores financeiros foi substituída por outra equivalente, uma vez que se foca no mesmo alvo temático.

No entanto, denota-se que o critério utilizado na definição dos indicadores foi mais abrangente na definição do seu universo por não estar restrito ao compromisso de vigilância dos utentes. Por esta razão também se verifica uma significativa redução das metas contratualizadas face a 2012 e 2013.

*Uma vez que os focos de avaliação praticamente se mantiveram, será de questionar se o grupo de indicadores da contratualização em modelo B não mantém geralmente limitada a sua margem de progressão/melhoria, sobretudo nas unidades mais antigas (Relatório de Avaliação 2014 - Contratualização com USF).*

Assim, evidenciam-se os resultados menos satisfatórios na área do Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico. Não foi possível encontrar justificações para estes resultados.

No entanto, o Relatório de Atividades 2014 da ARS Centro refere que em 2014 o ACES Baixo Mondego teve uma taxa de cobertura relativa à proporção de mulheres rastreadas em – 21,9% face a 2013.

O mesmo Relatório aponta como razões para o não cumprimento do indicador a falta de investimento no rastreio por parte de algumas unidades funcionais e a não diversificação dos horários das consultas de planeamento familiar e rastreio oncológico.

Na área da diabetes, verifica-se um desnível acentuado entre metas e resultados no indicador com o SI nº 2013.036.01 (variação de 140,7%), justificado com a evidência da falta de histórico deste indicador e do provável desconhecimento da sua potencial evolução (Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF).

No que se refere aos resultados apresentados no indicador 2013.099.01, não foi possível apurar justificações para o comportamento evidenciado.

#### **4.5. Discussão dos Resultados**

Para os anos de 2012 e 2013, dos catorze indicadores (institucionais), comuns aos dois modelos, foram escolhidos oito, visando responder às questões de investigação levantadas relativamente às áreas do acesso, do desempenho assistencial e da eficiência.

Para 2014 e uma vez que houve profundas alterações na carteira de indicadores contratualizados, procedeu-se à escolha de indicadores que pudessem ser comparados com os anos de 2012 e 2013, no que se refere à área clínica, ao idêntico SI e à descrição dos mesmos. Esta triagem visou igualmente a análise às áreas examinadas nos dois anos transatos.

No que se refere ao modelo B, procurou-se responder à questão de investigação relacionada com a comparação do comportamento evidenciado nos indicadores para atribuição de incentivos institucionais e nos indicadores para atribuição de incentivos financeiros.

Assim, atendendo aos objetivos e questões de investigação inicialmente propostas, de seguida será desenvolvida a discussão dos resultados, considerando a sequência da sua apresentação.

**Questão 1:** Existem diferenças entre o modelo A e o modelo B ao nível de metas em matéria de indicadores de resultado e de processo?

Em 2012 e 2013 verificaram-se ajustes nas metas contratualizadas pelos dois modelos nas áreas do acesso e do desempenho assistencial, devido ao registo de ausências de médicos e/ou enfermeiros no momento da avaliação.

Em 2014 não existiram metas ajustadas nos dois modelos, uma vez que situações como a ausência dos profissionais (médicos e/ou enfermeiros) foram analisadas e solucionadas no momento da monitorização e do acompanhamento.

Verifica-se que a área da eficiência foi a única que nunca sofreu qualquer ajuste nas metas.



Relativamente ao valor das metas, verificou-se que, em 2012 e 2013, a exigência foi superior no modelo B, justificada pela sua tipologia organizacional. Contudo, em 2014, em algumas áreas, nomeadamente no acesso (eixo nacional) e no desempenho assistencial (eixo regional), as metas são mais elevadas no modelo A.

Verificou-se ainda que a nova contratualização de 2014, comparativamente aos dois anos anteriores, procedeu à redução da exigência das metas contratualizadas pelos dois modelos na área do desempenho assistencial inserida no eixo nacional.

**Questão 2:** O acesso aos cuidados de saúde é mais adequado no modelo A ou no B?

Nos anos 2012 e 2013, os Gráfico 3 e Gráfico 7, permitem verificar que o modelo B foi mais bem-sucedido no cumprimento da área do acesso, contrariamente ao modelo A, o qual apresentou resultados inferiores às metas.

Verificou-se a existência de um indicador-chave que influenciou os resultados de ambos os modelos nesta área - “*Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos*” (SI nº 4.18).

No âmbito deste indicador, salienta-se que os utentes das USF, nomeadamente idosos, acamados, puérperas e recém-nascidos, têm direito a consultas realizadas ao domicílio. Para a realização deste tipo de consultas, os profissionais, neste caso os médicos, utilizam transportes fornecidos pelo ACES (Relatório de Avaliação de 2012 – Contratualização com as USF).

Para o cumprimento do modelo B e para o incumprimento do modelo A, evidenciaram-se dois fatores críticos:

1. Constrangimentos com transportes (modelo A);
2. Suplementos financeiros (modelo B).

Os constrangimentos relacionados com transportes afetos ao modelo A denotam uma insuficiente gestão dos recursos.

O modelo B evidenciou-se sempre com uma variação positiva significativa, justificada com o facto de que os médicos auferem de suplementos financeiros para o efeito.

No entanto, na contratualização de 2014, verificou-se que este indicador (SI nº 4.18) não foi contratualizado, não se verificando a sua inserção nos eixos nacional, regional e local – ACES. Este indicador só se verifica num dos escolhidos pelas USF modelo A – eixo local.

Atendendo aos resultados e variações obtidas para os anos de 2012 e 2013 neste indicador, em que o modelo A obteve sempre uma variação negativa e o modelo B se destacou sempre pela positiva, pode-se interpretar esta situação de duas formas possíveis:

- A Tutela poderá ter compreendido que o facto do modelo B usufruir de suplementos financeiros para o cumprimento do indicador seria influenciador do seu desempenho, pelo que retirou o indicador da carteira de indicadores contratualizados para atribuição de incentivos institucionais;
- Uma vez que em 2014 este indicador só se encontra no eixo local USF do modelo A, com uma meta contratualizada não muito distante relativamente à meta dos anos anteriores. E que neste eixo específico, são as USF que definem os indicadores, pode-se deduzir que o modelo A pretenderá dar provas de que conseguirá colmatar os resultados dos anos anteriores.

Por outro lado, os recursos atribuídos pelo ACES às USF modelo A que definiram este indicador poderão ter melhorado substancialmente, nomeadamente no que se refere à gestão dos constrangimentos relacionados com os transportes.

Assim, comparativamente aos dois anos anteriores, verificou-se que em 2014, o modelo A, com metas mais exigentes, obteve um melhor resultado do que o modelo B na área do acesso inserida no eixo nacional (ver Gráfico 11).

Terá sido influência da exclusão do indicador com o SI nº 4.18?

Aponta-se ainda que o facto de o modelo A ter contratualizado metas mais elevadas relativamente ao modelo B na área do acesso, poderá estar relacionado com a área geográfica em que se insere o universo das USF modelo A em estudo (ver Quadro 44).

Esta situação contrasta com o modelo B que abrange USF que se encontram em áreas geográficas privilegiadas, com uma posição centralizada, envolvendo no seu perímetro hospitais, maternidades, farmácias e laboratórios.

Conclui-se portanto que a contratualização de 2014 teve o cuidado de proceder ao ajustamento da realidade de cada USF.

**Questão 3:** O desempenho assistencial é cumprido de melhor forma pelo modelo A ou pelo modelo B?

Para analisar esta questão foram escolhidos cinco indicadores inseridos nas áreas clínicas da diabetes e da hipertensão. O motivo da escolha incidiu no comportamento tendencioso evidenciado por ambos os modelos no triénio em estudo. Ou seja, verificou-se que estes indicadores tiveram um peso significativo no desempenho dos dois modelos nesta área específica.

Ressalva-se que dos cinco indicadores, três são iguais – inseridos na contratualização dos três anos – e, dois só se verificam na contratualização de 2014. No entanto, dada a sua abrangência clínica, considerou-se relevante analisar todos.

#### Diabetes:

No indicador *“Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres”* (SI nº 5.4M2), contratualizado em 2012 e 2013, o modelo A obteve variações de -12,8% (2012) e de -5,1% (2013).

No indicador *“Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado”* (SI nº 2013.043.01), contratualizado em 2014 no eixo regional, o modelo A obteve uma variação de 31,3% e o modelo B apresentou uma variação de -16,6%.

### Hipertensão:

No indicador “*Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre*” (SI nº 5.10Mi), contratualizado em 2012 e 2013, o modelo A não conseguiu cumprir o indicador, apresentando variações significativas de -28,4% (2012) e de -17,2% (2013). O modelo B apresentou uma variação de -11,4% em 2013.

No indicador “*Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a <65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg*” (SI nº 2013.020.01), contratualizado em 2013 e 2014, o modelo A apresentou variações de -10,3% e de -3,9%, respetivamente. O modelo B evidenciou igualmente o incumprimento neste indicador ao apresentar variações de -3,1% (2013) e de -8,9% (2014).

No indicador “*Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses*” (SI nº 2013.018.01), contratualizado em 2014 no eixo local – USF modelo A, este mesmo modelo obteve uma variação de -13,5%.

Esta apresentação *supra* com o resumo do comportamento dos dois modelos no triénio em análise, pretende demonstrar a tendência que as USF modelo A e modelo B em estudo revelaram no incumprimento destas duas particulares áreas clínicas.

Após a investigação e a informação que foi possível apurar, o incumprimento evidenciado pelos dois modelos assenta nos seguintes três aspetos particulares:

1. Dificuldades relacionadas com o sistema de informação;
2. Dificuldades económicas por parte dos utentes (fator socioeconómico);
3. Escassez de recursos humanos.

No que se refere ao primeiro aspeto vale lembrar que os sistemas de informação são vitais para o funcionamento da contratualização.

Verificou-se que existe uma deficiente prática do registo da atividade executada por parte das USF, que poderá estar relacionada com a necessidade de investir em mais formação para o aproveitamento das potencialidades do sistema informático.

Verificou-se ainda que existem incompatibilidades entre o sistema informático SIARS e os sistemas informáticos utilizados por cada USF, ao nível de falhas recorrentes e limitações no acesso.

Apona-se a possível existência de fatores externos relacionados neste caso específico com os utentes diabéticos e hipertensos, tais como falecimento, transferência para outra unidade de saúde, recusa de vigilância ou por emigração. Se estas ocorrências não forem atualizados no sistema de informação das USF, distorcem a informação e a fiabilidade dos dados e, consequentemente, a qualidade e a fiabilidade da base do cálculo do indicador, porque relaciona utentes inexistentes no sistema.

Estas dificuldades apontadas, nomeadamente a falta de fiabilidade dos indicadores, têm consequências de impacto pois inviabilizam a monitorização e a correção de desvios.

No que se refere ao segundo aspeto, ressalva-se que a descrição dos indicadores relativos à diabetes e à hipertensão aponta para uma vigilância periódica.

É possível que os utentes hipertensos <sup>6</sup> não terão pretendido ficar sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras por razões económicas, sendo que podem aproveitar para realizar o exame intrínseco a cada indicador noutra consulta.

Nesse sentido, considera-se que seria importante apreciar:

- se a alocação de recursos e a definição de metas para os indicadores do tratamento de hipertensos e os atribuídos às consultas aos utentes pelo médico de família são adequados;

---

<sup>6</sup> Os utentes hipertensos pagam taxas moderadoras. No entanto, os utentes diabéticos estão dispensados do pagamento, conforme o Guia de Acolhimento dos Utentes – Taxas Moderadoras (ACSS, 2014).

- se os utentes conhecem e se são incentivados a frequentarem apenas o tratamento específico da hipertensão – quando aplicável – e, a não procurarem as consultas do médico de família, como regra;
- se as listas dos utentes ativos inseridos no sistema de informação estão atualizadas e corretas;

provocam ou não desvios nos indicadores. Caso se viessem a verificar, poder-se-ia estar perante situações de ineficiência entre os recursos afetos aos indicadores – consultas médico de família – hipertensão.

Não obstante as observações *supra*, pondera-se que cabe aos profissionais das USF adotar as boas práticas de registo do cumprimento dos indicadores face a esse tipo de situações singulares.

Contudo, vale apontar que o cumprimento destes indicadores relativos às doenças da diabetes e hipertensão poderão envolver um conjunto de procedimentos os quais devem ser efetuados. Esta prática do registo de toda a amplitude dos indicadores pode resultar no perigo do profissional focar-se mais nos indicadores contratualizados do que no doente em si.

No que se refere ao terceiro e último aspeto identificado - a escassez de recursos humanos -, denota-se a importância que este recurso tem para uma organização e neste caso em particular, para as USF.

Verificou-se que a ausência de recursos humanos dificultou o cumprimento de alguns indicadores por parte das USF em estudo, originado um possível esgotamento dos profissionais e a reduzida estabilidade das equipas.

Salienta-se que o modelo organizacional da função pública é de elevada rigidez, sendo que constitui dificuldade movimentar profissionais entre serviços.

A análise ao triénio na área do desempenho assistencial permitiu concluir que o modelo B foi superior no cumprimento global da área em 2012 e 2013 (ver Gráfico 3 e Gráfico 7).

Porém, na contratualização de 2014, os resultados evidenciaram que o modelo A obteve um melhor desempenho relativamente ao modelo B nos eixos nacional, regional e local (ACES), conforme Gráfico 11, Gráfico 13 e Gráfico 15.

**Questão 4:** Qual dos modelos USF revela maior eficiência ao nível dos medicamentos faturados/prescritos e de MCDT faturados/prescritos?

Para responder a esta questão foram analisados os dois únicos indicadores de eficiência que abrangem o triénio em análise. São eles:

- contratualizados em 2012 e 2013:
  - *“Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador”* (SI nº 7.6d4);
  - *“Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS”* (SI nº 7.7d1);
- contratualizados em 2014:
  - *“Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP) (SI nº 2013.070.01);*
  - *“Despesa média de MCDT prescritos por utente utilizador (baseado no preço convencionado) (SI nº 2013.071.01).*

Em 2012, ambos os modelos evidenciaram-se pela positiva na área da eficiência ao nível dos dois indicadores contratualizados, apresentando variações de -2,9% (modelo A) e de -12,5% (modelo B) conforme Gráfico 3.

A justificação para os resultados assenta nas boas práticas dos profissionais ao nível da prescrição, nomeadamente no que se refere à prescrição de medicamentos genéricos. Aponta-se ainda os impactos sucessivos das reduções do preço dos medicamentos.

No ano de 2013, conforme Gráfico 7, ambos os modelos apresentaram uma evolução negativa na área da eficiência com variações de 4,2% (modelo A) e de 0,9% (modelo B). A influência do indicador relacionado com o custo médio com MCDT (SI nº 7.7d1) foi determinante para estes resultados.

As razões para esta situação podem ter incidido em insuficientes boas práticas dos profissionais. E ainda em fatores menos controláveis no ato da prescrição como o facto dos médicos procederem à prescrição com referenciação para consulta, ficando a partir dessa altura menos intervenientes na definição do plano de tratamentos.

Finalmente em 2014, os resultados evidenciaram uma tendência significativa para a ineficiência dos dois modelos, sendo que, mais uma vez, o indicador relativo a despesa média de MCDT prescritos (SI nº 2013.071.01) foi decisivo nesse sentido.

Neste ano, nesta área, o modelo A apresentou uma variação de 5,0% e o modelo B de 0,8% (ver Gráfico 11).

Os motivos apurados para a razão deste comportamento incidem no facto de ter havido alterações na prestação de convencionados e na tabela de preços em vigor.

Por outro lado, podem existir outros fatores externos relacionados com indicadores de saúde e com a utilização de serviços de saúde, os quais puderam ter contribuído para um maior custo, tais como:

- Densidade populacional;
- Área geográfica;
- Número de utentes atendidos ou utilizadores dos serviços de saúde, relacionando-se o acesso com a eficiência;
- Proporção de utentes idosos (índice de envelhecimento);
- A possível falta de capacidade de resposta e de manutenção dos cuidados de saúde secundários pode contribuir para um aumento do volume de prescrições nos cuidados de saúde primários;
- Indicadores socioeconómicos tais como o rendimento dos utentes que pode incidir em:
  - na diferença entre o número de MCDT prescritos e os faturados. Muitos utentes por razões do foro económico, não adquirem os medicamentos prescritos deixando ultrapassar o prazo de validade da receita;
  - nas dificuldades económicas da população a qual se encontra menos capacitada para manter a terapêutica crónica e assumir modificação dos estilos de vida, o que impede uma prevenção necessária e menos onerosa.

No entanto, não foi possível aferir com rigor se estes fatores influenciaram o comportamento dos dois modelos na área da eficiência, visto não ter sido possível aceder aos relatórios de atividades das USF em estudo.



Os resultados permitiram aferir que em 2012 ambos os modelos foram eficientes, ao contrário do ocorrido em 2013 e 2014.

Contudo, salienta-se que o modelo B conseguiu obter resultados e variações mais favoráveis.

**Questão 5:** O modelo B obteve um melhor desempenho nos indicadores para atribuição de incentivos institucionais ou nos indicadores para a atribuição de incentivos financeiros?

A contratualização de 2014 alterou profundamente a estrutura de indicadores institucionais, introduzindo novas métricas e novos indicadores, abrangendo mais patologias.

Porém, não se verificou o mesmo relativamente aos indicadores para atribuição de incentivos financeiros, que mantiveram praticamente os mesmos focos temáticos de avaliação.

Os resultados apresentados no estudo evidenciaram um cumprimento expressivamente bom nos indicadores financeiros no triénio analisado, concluindo-se que este painel de indicadores é menos suscetível a variações negativas do que o painel relativo a indicadores institucionais.

O Quadro 45: Características da amostra para o triénio em estudo – permite verificar que o valor dos incentivos financeiros atribuídos ao modelo B foi significativamente superior ao valor dos incentivos institucionais.

Nesse sentido, salientam-se os resultados relativos à USF Cruz de Celas que em 2013, auferiu 35.700€ distribuídos entre enfermeiros e administrativos mas que, no entanto, não atingiu resultados suficientes nos indicadores para atribuição de incentivos institucionais.

## CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu comparar a tendência de desempenho e o comportamento dos diferentes modelos USF inseridos no ACES Baixo Mondego da ARS Centro, através da análise dos resultados evidenciados nos indicadores de desempenho, examinando as áreas do acesso, do desempenho assistencial e da eficiência, no triénio 2012 -2014.

Da investigação realizada e conforme respostas dadas às questões de investigação, apresentadas no ponto 4.5 *supra*, foi possível retirar as seguintes conclusões.

- Nos anos 2012 e 2013, os indicadores encontravam-se estagnados e esgotados, concluindo-se que os mesmos devem ser alterados periodicamente, o que se verificou na contratualização de 2014.
- A construção das metas dos indicadores deve ser revista. As metas muito elavadas verificadas em 2012 e 2013 podem levar a uma medicina mais focada em indicadores do que uma medicina centrada nos doentes e nas patologias.

Em 2014, verificou-se uma redução das metas nomeadamente na área do desempenho assistencial.

- Verificaram-se evidências de que a diferença remuneratória entre os profissionais de ambos os modelos tem influência no cumprimento de alguns indicadores.

Um exemplo encontrado foi o indicador *Taxa de visitas domiciliárias por 1.000 inscritos*, inserido na área do acesso. Em 2012 e 2013, este indicador foi sempre cumprido com sucesso pelo modelo B e não cumprido pelo modelo A.

Porém, verificou-se a exclusão desse indicador na contratualização de 2014, o que se considerou mais justo para ambos os modelos.

- Apesar de ser possível medir o cumprimento dos indicadores, não foi viável medir a sua adequação e traduzir os seus ganhos em saúde devido a limitações no âmbito do estudo. Nomeadamente a falta do conhecimento dos recursos específicos por USF e a impossibilidade de aceder a relatórios públicos sobre os ganhos ao nível da saúde.

- Todavia, o exame realizado permitiu identificar limitações à eficácia da contratualização tais como: a falta de robustez do sistema de informação; a escassez de recursos humanos; a falta de formação e as boas práticas insuficientes.
- A reincidência do incumprimento dos dois modelos nos indicadores relativos às áreas clínicas da diabetes e da hipertensão no triénio analisado, sugere uma revisão da construção dos indicadores, bem como uma intervenção da Tutela para tentar compreender os motivos desta tendência e colmatar este comportamento.
- O incumprimento do indicador relativo ao custo médio com MCDT faturados (2013) e do indicador referente à despesa média de MCDT prescritos (2014), por parte dos dois modelos, leva a concluir que deveria ser dada mais formação e orientação no que se refere à prática da prescrição.

No entanto, salienta-se o conhecimento de que a restrição da prescrição, unicamente por motivos economicistas, pode promover o deterimento da qualidade dos cuidados de saúde.

Ainda na área da eficiência, considera-se que os dois indicadores analisados no triénio apresentaram alguma saturação e que seria interessante acrescentar mais indicadores nesta área, como por exemplo um indicador denominado “Custo por utente”.

A ideia para este eventual indicador seria trabalhar com o custo dos recursos humanos como numerador e o número de utentes como denominador.

Nesse sentido e, atendendo ao facto de que o modelo B auferir de incentivos institucionais e incentivos financeiros, ao contrário do modelo A que auferir somente incentivos institucionais, seria relevante analisar qual o modelo mais dispendioso financeiramente para o Estado.

Essa análise ganha pertinência ao se verificar que, em 2014, o modelo A revelou um melhor desempenho do que o modelo B, com metas mais elevadas em alguns indicadores e que atingiu melhores resultados.

- Esta análise permitiu concluir que o painel de indicadores financeiros é menos suscetível a variações negativas, face à carteira de indicadores institucionais. E ainda que o modelo B não revelou significativas dificuldades no cumprimento dos indicadores financeiros, atingindo sempre os incentivos.
- Verificou-se que podem ter existido fatores externos que influenciaram o cumprimento dos indicadores pelos dois modelos, tais como o índice de envelhecimento, o índice socioeconómico ou a área geográfica de influência das USF.

Os resultados do estudo permitiram concluir que em 2014, contrariamente ao verificado nos dois anos anteriores e comparativamente com o modelo B, o modelo A obteve um melhor desempenho nas áreas do acesso e do desempenho assistencial, com metas mais exigentes em alguns indicadores.

Pode concluir-se que este comportamento advém da pretensão deste modelo transitar para modelo B e ainda devido à nova métrica introduzida em 2014.

Concluiu-se ainda que o comportamento evidenciado pelo modelo B em 2014, mesmo conquistando incentivos financeiros, ficou longe da prestação do modelo A no que se refere ao cumprimento dos indicadores institucionais.

No entanto, considera-se que um ano de funcionamento desta reestruturação não permite retirar conclusões maduras.

O controlo de gestão funciona como um sistema que produz informação para avaliar o desempenho de uma organização nas vertentes humana, financeira, operacional e comercial.

Através das suas diferentes fases – fixação de objetivos, planeamento e avaliação – visa assegurar a execução da estratégia através da comparação de resultados com objetivos estratégicos.

O facto de atuar no comportamento humano de forma a orientar para o alcance dos resultados também é intrínseco ao controlo de gestão. Assim como a utilização de técnicas como o *benchmarking*.

Nesse sentido e após a investigação e o trabalho realizado, a mestranda percebeu que a contratualização funciona como um instrumento de controle de gestão na seguinte medida:

- planeia e negocia objetivos de saúde e procede à sua monitorização;
- atua sobre o comportamento dos profissionais através de incentivos;
- atribui especial importância aos recursos e ao desempenho e
- visa assegurar a sustentabilidade e a execução da estratégia através da comparação de resultados atingidos através de indicadores de desempenho com os objetivos definidos.

### **Sugestões para trabalhos futuros**

Após a contratualização de 2014 e as suas profundas alterações, constituindo o primeiro ano de implementação, seria interessante examinar o comportamento futuro relativamente à evolução do desempenho das USF modelo A. Uma vez que em 2014 revelaram melhores resultados do que o modelo B. E ainda, averiguar a estagnação de alguns indicadores nos dois modelos.

No que se refere aos indicadores financeiros – exclusivos do modelo B - o foco temático manteve-se em 2014, pelo que seria interessante averiguar nos próximos anos se esta situação não vai levar rapidamente a uma estagnação de alguns indicadores já observados em 2012 e 2013.

Não foi possível analisar a área da qualidade percebida, uma vez que a mesma não foi contratualizada no triénio examinado. Atendendo a que a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde atribui consistência ao modelo USF e ao SNS em geral, considera-se que a concretização da sua avaliação seja de extrema importância.

Esta área é considerada como cumprida pela Tutela e por isso as USF recebem os incentivos mesmo não existindo avaliação. Assim, considera-se que os critérios de atribuição de incentivos deveriam ser revistos em situações particulares como esta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011). *Manual do processo de contratualização – hospitais e ULS*. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização.
- Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA) (1997). *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas*. ORTEGA Ediciones.
- Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA) (2002). *Un Sistema de Indicadores de Gestión para los Ayuntamientos*. ORMAG Ediciones.
- AFONSO, P. B. (2010). *Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume temático: 9.
- AMENDOEIRA, J. (2009). *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades: Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa.
- ARAÚJO, J.F. (1998). *Hierarquia, Mercado e Networks: Mudança Institucional, Controlo e Avaliação no Reino Unido*. Lisboa: INA.
- ARAÚJO, J.F. (2000). *O Modelo de Agência como Instrumento de Reforma da Administração. Reforma do Estado e a Administração Pública Gestonária*. Lisboa: ISCSP. 43-54.
- ATUN R., M., SALUEVRE K. (2006). *Introducing a complex health innovation – Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation)*. Health Policy.
- BARBOSA, P. (1998). *A gestão da saúde no Brasil. Novas responsabilidades e novas práticas*. In: GOULART, Flávio A. de Andrade; CARVALHO, Gilson de Cássia M. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- BARROS, P. P., (s.d.). *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996* (policopiado).
- BARROS, P. P., GOMES, J. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema*

*hospitalar português*. Gabinete da Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

BARROS, P. P. (2005). *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*. Livraria Almedina

BARROSO, D.E. (2011). *Gestão da Qualidade Total numa instituição de saúde do 3º setor – um estudo de caso*. Projeto de Tese de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa.

BISCAIA, A., MARTINS J. N., CARREIRA M., GONÇALVES I., ANTUNES A., FERRINHO P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2ª Edição.

BISCAIA, A., AMORIM, A. (2013). *A essência das Unidades de Saúde Familiar. Encontro Nacional das USF*. Lisboa: ISCTE.

BORGES M., GOUVEIA M., COSTA J., PINHEIRO L.S., PAULO S., CARNEIRO A.V. (2009). *Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal*. Rev Port Pneumol, XV.

BRAGA, R. (2013). *Os indicadores de saúde e a contratualização*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e familiar*. Vol. 29. Lisboa.

BRANCO A., RAMOS V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 2.

CAMPO, L. (2009). *O conceito e a necessidade de governação*. In *Governação dos Hospitais*. Cap. 1. 1ª Edição. Alfragide. Casa das Letras.

CHIAVENATTO, I. (2004). *Introdução à Teoria Geral da Administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

DCARS – *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2012*

DCARS – *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2013*.

- DCARS – *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014*
- DCARS – *Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar*
- DCARS – *Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar*
- DCARS – *Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar*
- DENTZER, S. (2009). *Health Affairs*. From the Editor. 28:1.
- DELGADO, M. (2002). *Cenários, problemas e soluções*. Cadernos de Economia.
- DODGSON R., LEE K., DRAGER N. (2002). *Global Health Governance: A Conceptual Review*. Geneva: World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- DONABEDIAN, A. (1990). *The seven pillars of quality*. Arch Pathol. Lab Med.
- DORAN T. et al (2006). *Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*. The New England Journal of Medicine.
- ESCOVAL, A. (2003). *A Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Fatores Críticos do contexto português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas.
- ESCOVAL, et al (2007). *Projeto de investigação inovação em políticas de saúde: O caso da contratualização em Portugal*. ACSS. Lisboa.
- ESCOVAL, A. (2010). *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, temático: 9.
- FERREIRA, A. (2003). *Impacto de sistemas de incentivos na atividade dos médicos: um olhar sobre a literatura com base empírica recente*. Economia da Saúde. Vol.: 21.



- FERREIRA A., ESCOVAL A., LOURENÇO A., MATOS, T., RIBEIRO, R. (2010). *A contratualização de cuidados de saúde*. In SIMÕES, J. (coord.) 30 anos do serviço nacional de saúde. Coimbra: Almedina.
- FEKETE MC, ALMEIDA MJ. (2000). *Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde*. Espaço Saúde.
- FIGUEIRAS, J., ROBINSON, R. & JAKUBOWSKI, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. I purchasing to improve health systems performance*. EOHS, Open University Press.
- FORTIN M., CÔTE J., FILION F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- FREITAS P., ESCOVAL A. (2010). *A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos*. Revista Portuguesa de saúde Pública. Volume temático: 9.
- FRENK J. (1992). *The concepts and measurement of accessibility. Health Services Research: an Anthology*. Washington: PAHO.
- GRANDE, N. (2000). *Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde*. Fórum de Economia da Saúde, Porto.
- GRATERON I. (1999). *Auditoria de gestão: utilização de indicadores de gestão no setor público*. Caderno de Estudos, São Paulo, FIPECAFI, nº 21.
- HOOD, C. (1991). *A Public Management for All Seasons?*. Public Administration.
- ISQUA – International Society for Quality in Healthcare (1999). *2nd Isqua Meeting on Global Indicators for Patient Care*. Melbourne.
- KAZANDJIAN, V. (2010). *Pay-for- performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 9.
- LEGA F.; DE PIETRO, C. (2005). *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*. Health Policy.
- MACIEL, C. (2011). *Mudança organizacional e Liderança de Enfermagem*. Universidade de Aveiro.

- MAINZ J. (2001). *Defining Indicators*. Palestra realizada no 4th Isqua Indicators Meeting on Global Indicators for Patient Care. Buenos Aires.
- MATIAS C., FREITAS M., BRIZ T. (2007). *Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar*. Rev Port Clin Geral. Dossier Saúde Pública.
- MAGALHÃES, A. et al (2009). *Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças*. Rev Bras Enferm. Brasília.
- MALIK A., SCHIESARI L. (1998). *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. IDS, NAMH/FSP, São Paulo.
- MENDES, E. (2007). *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- MENEZES M. (2010). *Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem*. Vila Real – Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde.
- MIGUEL L., SÁ A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011 2016: reforçar, expandir*. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde (2004-2010): mais saúde para todos*. Orientações estratégicas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Linhas de Ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde*. Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). *Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): linhas de ação para a sua implantação e desenvolvimento*. Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários*. Cuidados de Saúde Primários – Coordenação Estratégica.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *Plano Nacional de Saúde (2012-2016)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). *Relatório de Atividades 2014 – ARS Centro*. Direção-Geral da Saúde.
- MOZZICAFREDDO, J. (2000). *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- NEVES J.C., JORDAN H., RODRIGUES J. (2011). *O controlo de gestão – ao serviço da estratégia e dos gestores*. 9ª Edição. Lisboa- Áreas Editora.
- NORTH, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- NUNES, P. (2008). *Reforma do emprego público: breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal*. Revista de Estudos Politécnicos nº VII.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Lisboa.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) (2007). *Luzes e sombras: A Governação da Saúde - relatório de primavera*. Lisboa.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) (2009). *10/30 anos: razões para continuar. Relatório Primavera 2009*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- PALEOLOGOU V. et al. (2006). *Developing and testing na instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector*. BMC Health Services Research.
- PEDROSO, M. (2010). *Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde*. Tese de Doutoramento – Curso de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo.
- PEREIRA, J. (1998). *Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- PETERSEN L. et al. (2006). *Does pay-for-performance improve the quality of health care?* Annals of Internal Medicine.

- PISCO, L. (2007). *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Cadernos de Economia, edição nº 80.
- PONTE, J. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, 25, 105-132. Quadrante.
- PRICE W. (1984). *Como mejorar la rendición de cuentas em los entes governamentais*. Caracas: PW.
- QUAYE R.K. (2003). *Assessing the impact of cost control strategies on Swedish physicians practice behaviour*. International Journal of Health Care Quality Assurance.
- RAMOS, V. (1994-1995). *O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde?* Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar, Lisboa. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.
- RAMOS, V. (2009). *A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital*. In CAMPOS, L., BORGES, M.; PORTUGAL, R. (Ed.). *Governança dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras.
- REGO, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma Aplicação ao Setor da Saúde*. Vida Económica. Editorial S.A., Portugal.
- REIS N. (2010). *Principais características do sistema de remuneração variável no choque de gestão em Minas Gerais: o acordo de resultados e o prêmio por produtividade*. Gestão & Regionalidade.
- RIBEIRO, M.; MADUREIRA, M. (2010). *Qualidade nos serviços de saúde*. In: ZUCCHI, P., FERRAZ, M.. *Economia e Gestão em Saúde*. Barueri: Manole.
- ROLAND M. et al. (2006). *Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change*. Primary Health Care Research and Development.
- SAFAVI K. (2006). *Aligning financial incentives*. Journal of Healthcare Management.
- SANTANA J. (1999). *A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta*. In: Santana J., Castro J., organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde* CADRHU. Natal: EDUFRN.

- SANTOS, J. *et al* (2013). *Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura*. Rev. Esc. Enferm. USP vol. 47 nº 6, São Paulo.
- SANTOS A. (1998). *Criando um sistema de informação estratégico em saúde – a experiência do projeto de avaliação de desempenho*. São Paulo: Xamã.
- SCARPI, M. (2010). *Administração em Saúde: autogestão de consultórios e clínicas*. Rio de Janeiro: Doc., P. 17-18.
- SMITH PC, YORK N. (2004). *Quality incentives: the case of U.K. general practitioners*. Health Aff.
- SOUSA, P. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. Acesa Paul Enferm (Especial – 70 anos).
- STAKE, R.E. (2000). *Case studies*. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (ed.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- TAVARES, M. (2010). *A gestão das pessoas: novos rumos desta função nas organizações*. Lisboa. Universidade Lusíada Editora.
- TRAVASSOS C., MARTINS M. (2004). *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- VIEIRA R. (2009). *Paradigmas teóricos da investigação em contabilidade*. In: Major, Maria; Vieira, Rui. *Contabilidade e controlo de gestão*. Lisboa: Escolar Editora.
- WHO (World Health Organization) (1998). *Good governance for health*. Geneva: World Health Organization Department of Health Systems.
- WHO (World Health Organization) (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. [Geneva, Switzerland]: World Health Organization.
- YIN, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Fourth Edition. London: Sage Ltd.

## **Legislação**

Constituição da República Portuguesa de 1976

Lei nº 56/79, de 15 de setembro (Lei *Arnault*) – Implementação do Sistema Nacional de Saúde

Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) - Definição do sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde.

Decreto-Lei nº 48357, de 27 de abril – Implementação do Estatuto Hospitalar

Decretos-Lei nºs 413/71 e 414/71, de 27 de setembro – Promulgação da Reforma do sistema de saúde e assistência

Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro - Publicação do novo estatuto do SNS.

Decreto-Lei nº 335/93, de 29 de setembro – Agrupamento das Administrações Regionais de Saúde (ARS) em cinco regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de maio - Aprovação do Regime Remuneratório em clínica geral

Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio - Criação dos centros de saúde de terceira geração

Decreto-Lei nº 27/2002, de 8 de novembro - Alterações na Lei de Bases da Saúde, sendo definido um novo modelo de gestão hospitalar.

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril – Criação da rede de cuidados de saúde primários.

Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro – Criação da Entidade Reguladora da Saúde

Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto – Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro - Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro – Aprovação da carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços para as USF.

Portaria nº 301/2008, de 18 de abril – Regulação dos critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram.

Portaria nº 274/2009 de 18 de março – Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro – primeira alteração à Portaria nº 301/2008, de 18 de abril.

Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de agosto – Especifica a missão e as funções das Agências de Contratualização.

Despacho Normativo nº 22 250/2005, de 3 de outubro – reinicia o processo de contratualização

Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de fevereiro – Estabelecimento da disciplina de lançamento e implementação das USF

Despacho nº 721/2006 de 11 de janeiro – Aprovação das cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no setor empresarial do Estado para pagamento de atos e atividades.

Despacho nº 24 100/2007, de 22 de outubro – Definição dos modelos de desenvolvimento das USF

Despacho nº 12876/2012, de 1 de outubro – Constituição de um grupo de trabalho com o objetivo de analisar as condições de abertura do modelo C de USF.

Despacho nº 6501/2014, de 19 de maio – Definição dos indicadores do eixo nacional e o seu peso relativo; definição das regras de seleção para os eixos regional e local.

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de outubro – criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF – Mod B”, Ministério da Saúde, 2008

## **Webgrafia**

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), <http://www.acss.min-saude.pt/>,  
acedido em março de 2016.

Administração Regional de Saúde do Centro (ARS CENTRO),  
:<http://www.arscentro.min-saude.pt/>, acessido em março de 2016.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde OPSS: <http://www.opss.pt/>, acessido  
em março de 2016.



## **ANEXOS**

## Anexo I – Tabelas USF Modelo A relativos a indicadores institucionais - ano 2012

USF: Celasaude

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	84,6%	90,6%	7,1%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	68,0%	68,0%	57,0%	-16,2%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	20,0%	16,6%	-17,0%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	140,0%	140,0%	151,7%	8,4%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	45,0%	44,9%	41,1%	-8,5%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	63,0%	63,0%	60,0%	-4,8%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	75,0%	74,7%	58,8%	-21,3%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	69,7%	-18,0%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	99,1%	1,1%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	97,5%	-0,5%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	90,0%	90,0%	86,4%	-4,0%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	82,0%	82,0%	80,3%	-2,1%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	149,38 €	149,38 €	144,58 €	-3,2%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	68,06 €	68,06 €	53,19 €	-21,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Marques Marialva

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	62,6%	67,8%	8,3%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	71,0%	71,0%	63,1%	-11,1%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	17,4%	13,7%	-21,3%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	125,0%	125,0%	102,0%	-18,4%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	55,0%	47,8%	44,5%	-6,9%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	70,0%	70,0%	66,9%	-4,4%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	90,0%	75,4%	83,7%	11,0%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	71,2%	-16,2%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	98,7%	0,7%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	98,8%	0,8%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	92,0%	92,0%	98,5%	7,1%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	92,0%	92,0%	94,6%	2,8%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	186,00 €	186,00 €	180,67 €	-2,9%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	51,06 €	51,06 €	52,59 €	3,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: **Mondego**

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
<b>Acesso</b>	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	79,3%	79,2%	-0,1%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	68,0%	68,0%	65,4%	-3,8%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	19,3%	16,5%	-14,5%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	120,0%	120,0%	115,7%	-3,6%
<b>Desempenho assistencial</b>	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	47,0%	45,4%	48,6%	7,0%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	66,0%	66,0%	70,4%	6,7%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	85,0%	80,1%	75,1%	-6,2%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	55,6%	-34,6%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	93,6%	-4,5%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	94,0%	-4,1%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	90,0%	90,0%	96,0%	6,7%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	84,0%	84,0%	78,7%	-6,3%
<b>Eficiência</b>	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	163,76 €	163,76 €	177,62 €	8,5%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	42,47 €	42,47 €	39,83 €	-6,2%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Progresso e Saúde

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	65,0%	74,1%	14,0%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	72,0%	72,0%	67,2%	-6,7%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	22,0%	19,4%	14,4%	-25,8%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	180,0%	178,7%	179,9%	0,7%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	45,0%	39,7%	33,0%	-16,9%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	65,0%	65,0%	55,2%	-15,1%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	76,0%	60,9%	31,9%	-47,6%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	37,4%	-56,0%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	95,0%	95,0%	95,9%	0,9%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	97,0%	97,0%	94,3%	-2,8%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	88,0%	88,0%	90,0%	2,3%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	80,0%	80,0%	89,8%	12,3%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	196,00 €	196,00 €	191,33 €	-2,4%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	44,00 €	44,00 €	37,21 €	-15,4%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Vitasaurium

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	84,4%	84,5%	0,1%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	75,0%	75,0%	73,9%	-1,5%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	28,0%	27,9%	27,5%	-1,4%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	170,0%	165,9%	160,9%	-3,0%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	55,0%	54,8%	51,0%	-6,9%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	75,0%	75,0%	78,1%	4,1%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	90,0%	89,4%	89,6%	0,2%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	89,0%	89,0%	73,8%	-17,1%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	98,4%	0,4%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	97,0%	97,0%	98,8%	1,9%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	98,0%	98,0%	96,4%	-1,6%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	93,0%	93,0%	89,4%	-3,9%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	191,71 €	191,71 €	185,47 €	-3,3%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	45,57 €	45,57 €	52,13 €	14,4%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

## Anexo II – Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores institucionais - ano 2012

USF: **Briosa**

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	81,1%	85,6%	5,5%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	70,0%	70,0%	68,7%	-1,9%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	30,0%	29,3%	28,8%	-1,7%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145,0%	145,0%	150,4%	3,7%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	60,0%	58,6%	56,6%	-3,4%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	72,0%	72,0%	72,8%	1,1%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	90,0%	85,9%	88,9%	3,5%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	93,0%	93,0%	87,3%	-6,1%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	92,0%	92,0%	91,6%	-0,4%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,0%	90,0%	92,3%	2,6%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	172,16 €	172,16 €	164,17 €	-4,6%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	51,37 €	51,37 €	43,93 €	-14,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	82,3%	85,0%	3,3%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	75,0%	75,0%	72,9%	-2,8%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	31,0%	30,5%	30,5%	0,0%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	150,0%	150,0%	133,7%	-10,9%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	60,0%	59,1%	61,7%	4,4%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	73,0%	73,0%	69,5%	-4,8%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	90,0%	87,2%	96,8%	11,0%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	87,0%	87,0%	91,9%	5,6%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	91,0%	91,0%	95,9%	5,4%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,0%	90,0%	80,9%	-10,1%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	162,25 €	162,25 €	155,34 €	-4,3%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	42,07 €	42,07 €	36,66 €	-12,9%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF



USF: Cruz de celas

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	91,3%	7,4%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	70,0%	70,0%	69,7%	-0,4%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	35,0%	35,0%	47,9%	36,9%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	140,0%	140,0%	135,5%	-3,2%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	60,0%	60,0%	59,9%	-0,2%
	5.1M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	70,0%	70,0%	72,7%	3,9%
	5.4M2	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	90,0%	90,0%	88,1%	-2,1%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	94,0%	94,0%	84,2%	-10,4%
	6.1Md1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.1Md2	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	93,0%	93,0%	92,9%	-0,1%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,0%	90,0%	85,3%	-5,2%
Eficiência	7.6 d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	136,92 €	136,92 €	121,25 €	-11,4%
	7.7 d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	49,98 €	49,98 €	36,35 €	-27,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

**Anexo III – Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores financeiros - ano 2012**

USF: Briosa

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	47,0%	44,6%	-5,1%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25-49 anos vigiadas na USF com colpocitologia atualizada	90,0%	82,4%	-8,4%
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	86,0%	87,2%	1,4%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada	82,0%	66,7%	-18,7%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	70,0%	71,8%	2,6%
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	98,8%	-0,2%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	67,0%	67,1%	0,1%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	85,0%	77,3%	-9,1%
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2º ano de vida	85,0%	81,3%	-4,4%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	95,0%	89,5%	-5,8%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	100,0%	2,0%
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	95,0%	97,1%	2,2%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	95,0%	89,7%	-5,6%
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	93,0%	87,3%	-6,1%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	95,0%	94,4%	-0,6%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica atualizada	96,0%	95,3%	-0,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
<b>Planeamento familiar</b>	3.22M	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	50,0%	48,7%	-2,6%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25-49 anos vigiadas na USF com colpocitologia atualizada	92,0%	89,2%	-3,0%
<b>Saúde Materna</b>	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	85,0%	79,0%	-7,1%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada	85,0%	95,7%	12,6%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	80,0%	78,3%	-2,1%
<b>Saúde Infantil (1º ano de vida)</b>	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	97,2%	-1,8%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	83,0%	84,9%	2,3%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	85,0%	96,7%	13,8%
<b>Saúde Infantil (2º ano de vida)</b>	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2º ano de vida	85,0%	91,4%	7,5%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	95,0%	98,9%	4,1%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	100,0%	2,0%
<b>Diabetes</b>	6.19M	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	95,0%	99,2%	4,4%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	93,0%	98,0%	5,4%
<b>Hipertensão arterial</b>	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	87,0%	91,9%	5,6%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	92,0%	91,1%	-1,0%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica atualizada	96,0%	99,0%	3,1%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

USF: Cruz de Celas

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	50,0%	53,4%	6,8%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25-49 anos vigiadas na USF com colpocitologia atualizada	90,0%	86,6%	-3,8%
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	89,0%	91,7%	3,0%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efetuada	90,0%	83,3%	-7,4%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	50,0%	75,0%	50,0%
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	99,1%	0,1%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	52,0%	77,3%	48,7%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos seis consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	82,0%	79,4%	-3,2%
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas de saúde infantil no 2º ano de vida	83,0%	80,7%	-2,8%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura registados nos últimos 12 meses	95,0%	95,1%	0,1%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98,0%	100,0%	2,0%
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	93,0%	91,3%	-1,8%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano	93,0%	90,6%	-2,6%
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	94,0%	84,2%	-10,4%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	95,0%	90,2%	-5,1%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com vacina antitetânica atualizada	96,0%	96,2%	0,2%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2012 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com as USF

## Anexo IV - Tabelas USF Modelo A relativos a indicadores institucionais - ano 2013

USF: **Marques Marialva**

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	72,1%	72,7%	0,8%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	71,0%	71,0%	71,5%	0,7%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	18,5%	15,3%	-17,3%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	125,0%	125,0%	124,6%	-0,3%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	56,0%	51,8%	49,4%	-4,6%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	50,0%	50,0%	45,5%	-9,0%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	91,0%	81,5%	87,4%	7,2%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	79,6%	-6,4%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	45,0%	45,0%	43,8%	-2,7%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	95,0%	95,0%	95,2%	0,2%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	93,0%	93,0%	93,9%	1,0%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	168,00 €	168,00 €	166,27 €	-1,0%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	48,00 €	48,00 €	51,38 €	7,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: **Mondego**

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
<b>Acesso</b>	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	89,7%	5,5%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	70,0%	70,0%	71,0%	1,4%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	20,0%	25,5%	27,5%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	125,0%	125,0%	124,4%	-0,5%
<b>Desempenho assistencial</b>	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	55,0%	55,0%	56,7%	3,1%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	50,0%	50,0%	50,5%	1,0%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	85,0%	85,0%	80,2%	-5,6%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	82,0%	82,0%	70,8%	-13,7%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	97,3%	-0,7%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	45,0%	45,0%	58,0%	28,9%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	95,0%	95,0%	95,1%	0,1%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	84,0%	84,0%	71,4%	-15,0%
<b>Eficiência</b>	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	159,04 €	159,04 €	164,30 €	3,3%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	39,83 €	39,83 €	46,10 €	15,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: Progresso e Saúde

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Varição
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	79,1%	77,5%	-2,0%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	73,0%	73,0%	71,9%	-1,5%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	19,3%	15,6%	-19,2%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	150,0%	145,1%	152,0%	4,8%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	47,0%	45,4%	44,3%	-2,4%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	48,0%	48,0%	34,2%	-28,8%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	70,0%	65,3%	50,4%	-22,8%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	75,0%	75,0%	50,8%	-32,3%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	98,7%	0,7%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	30,0%	30,0%	29,3%	-2,3%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	92,0%	92,0%	82,1%	-10,8%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	91,0%	91,0%	89,5%	-1,6%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	179,99 €	179,99 €	173,33 €	-3,7%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	37,16 €	37,16 €	44,43 €	19,6%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF



USF: Vitasaurium

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	85,2%	0,2%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	76,0%	76,0%	79,7%	4,9%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	25,0%	25,0%	20,7%	-17,2%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	150,0%	150,0%	150,4%	0,3%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	58,0%	58,0%	56,0%	-3,4%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	64,0%	64,0%	61,1%	-4,5%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	91,0%	91,0%	91,8%	0,9%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	86,0%	86,0%	71,8%	-16,5%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	45,0%	45,0%	42,7%	-5,1%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	98,0%	98,0%	98,5%	0,5%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	93,0%	93,0%	91,2%	-1,9%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	174,90 €	174,90 €	178,37 €	2,0%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	49,15 €	49,15 €	44,67 €	-9,1%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

## Anexo V – Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores institucionais - ano 2013

USF: **Briosa**

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	92,0%	8,2%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	73,0%	73,0%	74,1%	1,5%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	30,0%	30,0%	33,6%	12,0%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145,0%	145,0%	141,0%	-2,8%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	61,0%	61,0%	57,7%	-5,4%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	58,0%	58,0%	58,5%	0,9%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	91,0%	91,0%	85,9%	-5,6%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	93,0%	93,0%	84,9%	-8,7%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	55,0%	55,0%	50,0%	-9,1%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	92,0%	92,0%	91,7%	-0,3%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	92,0%	92,0%	89,6%	-2,6%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	153,00 €	153,00 €	152,84 €	-0,1%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	43,78 €	43,78 €	45,11 €	3,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: Celasaude

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	84,6%	91,6%	8,3%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	68,0%	68,0%	60,7%	-10,7%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20,0%	20,0%	27,9%	39,5%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145,0%	139,6%	181,9%	30,3%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	50,0%	49,9%	43,3%	-13,2%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	52,0%	52,0%	52,1%	0,2%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	75,0%	74,6%	68,7%	-7,9%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	85,0%	85,0%	69,0%	-18,8%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	98,3%	0,3%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	50,0%	50,0%	57,6%	15,2%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	91,0%	91,0%	87,4%	-4,0%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	85,0%	85,0%	83,6%	-1,6%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	138,70 €	138,70 €	133,67 €	-3,6%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	47,50 €	47,50 €	50,84 €	7,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	75,8%	-10,8%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	76,0%	76,0%	76,9%	1,2%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	30,0%	30,0%	26,8%	-10,7%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145,0%	145,0%	145,9%	0,6%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	62,0%	62,0%	63,0%	1,6%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	50,0%	50,0%	43,4%	-13,2%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	95,0%	85,6%	93,3%	9,0%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	92,0%	92,0%	92,2%	0,2%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	100,0%	2,0%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	40,0%	40,0%	42,2%	5,5%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	95,0%	95,0%	95,6%	0,6%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,0%	90,0%	82,9%	-7,9%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	148,40 €	148,40 €	147,35 €	-0,7%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	37,50 €	37,50 €	32,80 €	-12,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: Cruz de Celas

Tipo	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Meta ajustada	Resultado	Variação
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85,0%	85,0%	91,2%	7,3%
	2013.002.01	Taxa de utilização global de consultas	71,0%	71,0%	70,8%	-0,3%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	35,0%	35,0%	43,0%	22,9%
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	135,0%	133,8%	122,7%	-8,3%
Desempenho assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	62,0%	62,0%	60,7%	-2,1%
	2013.020.01	Proporção de hipertensos com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	50,0%	50,0%	49,8%	-0,4%
	5.4M 2	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres	92,0%	92,0%	87,7%	-4,7%
	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	93,0%	93,0%	76,0%	-18,3%
	2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,0%	98,4%	0,4%
	2013.047.01	Proporção de inscritos com idade maior ou igual a 14 anos com registo de hábitos tabágicos	50,0%	50,0%	47,5%	-5,0%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	94,0%	94,0%	93,3%	-0,7%
	6.9M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	90,0%	90,0%	85,5%	-5,0%
Eficiência	7.6d4	Custo médio de medicamentos faturados (PVP) por utilizador	116,32 €	116,32 €	117,79 €	1,3%
	7.7d1	Custo médio com MCDT faturados, por utilizador do SNS	36,80 €	36,80 €	41,52 €	12,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

**Anexo VI – Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores financeiros - ano 2013**

USF: Briosa

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização da consulta de enfermagem em planeamento familiar (mulheres dos 15 aos 49 anos)	48,0%	48,1%	0,2%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25 a 49 anos vigiadas na USF em planeamento familiar com colpocitologia actualizada	90,0%	80,2%	-10,9%
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em programa de saúde materna	88,0%	93,9%	6,7%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada	82,0%	85,4%	4,1%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	72,0%	73,2%	1,7%
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	100,0%	1,0%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	70,0%	70,8%	1,1%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	85,0%	69,3%	-18,5%
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil, no 2º ano de vida	85,0%	85,2%	0,2%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura (IMC) registado nos últimos 12 meses (2 ano)	95,0%	95,0%	0,0%
	2013.027.01	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	100,0%	2,0%
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem	95,0%	96,8%	1,9%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos 1 exame aos pés registado no ano	95,0%	90,6%	-4,6%
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	93,0%	84,9%	-8,7%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC registado nos últimos 12 meses	95,0%	93,7%	-1,4%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com idade igual ou superior a 25 anos com vacinação antitetânica actualizada	96,0%	95,7%	-0,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização da consulta de enfermagem em planeamento familiar (mulheres dos 15 aos 49 anos)	50,0%	47,9%	-4,2%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25 a 49 anos vigiadas na USF em planeamento familiar com colpocitologia actualizada	92,0%	89,0%	-3,3%
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em programa de saúde materna	86,0%	85,0%	-1,2%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada	90,0%	100,0%	11,1%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	82,0%	76,2%	-7,1%
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	96,9%	-2,1%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	85,0%	72,3%	-14,9%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	92,0%	96,8%	5,2%
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil. no 2º ano de vida	91,0%	98,4%	8,1%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura (IMC) registado nos últimos 12 meses (2 ano)	95,0%	96,1%	1,2%
	2013.027.01	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	100,0%	2,0%
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem	95,0%	99,2%	4,4%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos 1 exame aos pés registado no ano	95,0%	98,9%	4,1%
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	92,0%	92,2%	0,2%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC registado nos últimos 12 meses	92,0%	92,7%	0,8%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com idade igual ou superior a 25 anos com vacinação antitetânica atualizada	99,0%	99,6%	0,6%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF



USF: Cruz de Celas

Área	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Varição
Planeamento familiar	3.22M	Taxa de utilização da consulta de enfermagem em planeamento familiar (mulheres dos 15 aos 49 anos)	53,0%	55,4%	4,5%
	5.2M	Percentagem de mulheres entre os 25 a 49 anos vigiadas na USF em planeamento familiar com colpocitologia actualizada	90,0%	86,5%	-3,9%
Saúde Materna	4.22M	Percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em programa de saúde materna	91,0%	90,0%	-1,1%
	6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério efectuada	90,0%	83,3%	-7,4%
	4.33	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	75,0%	54,2%	-27,7%
Saúde Infantil (1º ano de vida)	6.13	Percentagem de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do recém-nascido	99,0%	97,5%	-1,5%
	4.34M	Percentagem de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a recém-nascidos até aos 15 dias de vida	72,0%	60,9%	-15,4%
	4.9M1M	Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses	83,0%	84,9%	2,3%
Saúde Infantil (2º ano de vida)	4.10M1m	Percentagem de crianças com pelo menos 3 consultas [médicas] de vigilância de saúde infantil. no 2º ano de vida	84,0%	76,3%	-9,2%
	5.13M2	Percentagem de inscritos com peso e altura (IMC) registado nos últimos 12 meses (2 ano)	95,0%	94,8%	-0,2%
	2013.027.01	Percentagem de crianças com 2 anos com PNV cumprido até ao segundo ano de vida	98,0%	98,4%	0,4%
Diabetes	6.19M	Percentagem de diabéticos dos 18 aos 75 anos abrangidos pela consulta de enfermagem	94,0%	91,6%	-2,6%
	5.7	Percentagem de diabéticos com pelo menos 1 exame aos pés registado no ano	94,0%	89,6%	-4,7%
Hipertensão arterial	5.10Mi	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	94,0%	76,0%	-19,1%
	5.13M.1	Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de IMC registado nos últimos 12 meses	95,0%	88,8%	-6,5%
	6.2M	Percentagem de hipertensos com idade igual ou superior a 25 anos com vacinação antitetânica atualizada	96,0%	96,5%	0,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2013 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2013 – Contratualização com as USF

## Anexo VII - Tabelas USF Modelo A relativos a indicadores institucionais - ano 2014

USF: Marques Marialva

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	95,0%	85,0%	-10,5%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	139,0%	132,4%	-4,7%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	20,8%	16,4%	-21,2%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	47,1%	44,8%	-4,9%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	61,0%	79,6%	30,5%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	67,1%	57,4%	-14,5%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	53,0%	59,6%	12,5%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	54,5%	52,6%	-3,5%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	77,8%	70,4%	-9,5%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	211,20 €	207,70 €	-1,7%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	51,80 €	64,40 €	24,3%

Fonte: Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Marques Marialva**

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	33,8%	63,5%	87,9%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	22,6%	46,4%	105,3%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	55,3%	59,7%	8,0%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	1,2%	-40,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	61,0%	55,1%	-9,7%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	62,9%	58,3%	-7,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Marques Marialva**

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	S. Adultos	2013.030.01	Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	7,5%	40,1%	434,7%
	S. Adultos	2013.065.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos	32,0%	35,1%	9,7%
	S. Adultos	2013.092.01	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	45,6%	79,4%	74,1%
	Transversal	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	46,4%	46,8%	0,9%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Mondego**

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	95,0%	86,3%	-9,2%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	142,0%	157,9%	11,2%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	15,0%	21,4%	42,7%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	41,5%	45,3%	9,2%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	76,7%	80,9%	5,5%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	63,0%	57,5%	-8,7%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	65,3%	67,6%	3,5%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	57,0%	53,4%	-6,3%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	77,0%	79,0%	2,6%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	228,10 €	206,20 €	-9,6%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	47,20 €	49,80 €	5,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Mondego**

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	27,8%	54,3%	95,3%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	21,0%	37,9%	80,5%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	43,0%	61,5%	43,0%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	1,0%	-50,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	56,0%	58,9%	5,2%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	63,0%	70,6%	12,1%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Mondego**

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
<b>Desempenho assistencial</b>	S. Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	68,0%	69,6%	2,4%
	Hipertensão	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	93,5%	80,9%	-13,5%
	S. Adultos	2013.030.01	Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses	6,2%	34,2%	451,6%
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	58,2%	63,6%	9,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Progresso e Saúde

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,4%	88,0%	-3,7%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	152,0%	176,1%	15,9%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	14,0%	14,7%	5,0%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	46,5%	37,0%	-20,4%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	52,0%	72,9%	40,2%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	69,0%	62,1%	-10,0%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	41,0%	46,1%	12,4%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	45,0%	43,3%	-3,8%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	55,0%	54,4%	-1,1%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	190,40 €	170,20 €	-10,6%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	48,10 €	59,00 €	22,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF



USF: **Progresso e Saúde**

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	21,1%	43,2%	104,7%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	17,0%	27,1%	59,4%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	28,0%	38,9%	38,9%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	1,3%	-35,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	53,0%	49,4%	-6,8%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	61,7%	73,6%	19,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Progresso e Saude**

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	67,0%	73,5%	9,7%
	Rastreio oncológico	2013.046.01	Proporção de utentes com idade entre 50 -75...anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	27,9%	30,2%	8,2%
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	40,6%	48,2%	18,7%
	Transversal	2013.003.01	Taxa de consultas médicas no domicilio por 1.000 incritos	22,4%	25,2%	12,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Vitasaurium

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,6%	89,8%	-2,0%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	151,0%	169,7%	12,4%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	20,0%	39,0%	95,0%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	42,0%	38,1%	-9,3%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	76,0%	78,1%	2,8%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	66,0%	62,4%	-5,5%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	51,8%	66,2%	27,8%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	65,0%	63,7%	-2,0%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	79,0%	78,1%	-1,1%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	198,00 €	207,80 €	4,9%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	46,40 €	48,40 €	4,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Vitasaurium

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	22,1%	61,4%	177,8%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	20,0%	41,9%	109,5%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	46,5%	63,0%	35,5%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	0,9%	-55,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	61,6%	53,6%	-13,0%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	84,0%	68,3%	-18,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Vitasaurium

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Transversal	2013.034.01	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta de vigilância de obesidade nos últimos 2 anos	43,5%	58,9%	35,4%
	S. Mental	2013.055.01	Proporção de utentes obesos e com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva	33,2%	37,8%	13,9%
	S. Adultos	2013.092.01	Proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde	9,7%	90,0%	827,8%
	S. Adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	91,0%	85,8%	-5,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

## Anexo VIII – Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores institucionais - ano 2014

USF: **Briosa**

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
<b>Acesso</b>	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	90,8%	88,3%	-2,8%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	130,0%	132,7%	2,1%
<b>Desempenho assistencial</b>	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	27,1%	39,0%	43,9%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	48,0%	41,8%	-12,9%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	73,5%	78,4%	6,7%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	56,0%	54,0%	-3,6%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	58,2%	52,6%	-9,6%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	66,0%	56,3%	-14,7%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	75,0%	67,9%	-9,5%
<b>Eficiência</b>	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	212,50 €	211,80 €	-0,3%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	50,20 €	54,60 €	8,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Briosa

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	30,1%	43,1%	43,2%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	21,0%	33,2%	58,1%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	38,0%	15,5%	-59,2%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	1,5%	-25,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	56,0%	44,7%	-20,2%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	74,1%	69,3%	-6,5%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: **Briosa**

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	S.Inf.Juv.	2013.014.01	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	94,2%	94,1%	-0,1%
	S.Inf.Juv.	2013.059.01	Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura registado no último ano	96,8%	93,1%	-3,8%
	S. Adultos	2013.067.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	95,4%	97,3%	2,0%
Acesso	Transversal	2013.100.01	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	94,5%	91,9%	-2,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF



USF: Celasaude

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	88,0%	83,0%	-5,7%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	155,0%	153,5%	-1,0%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	18,0%	21,4%	18,9%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	39,0%	37,7%	-3,3%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	56,3%	65,6%	16,5%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	60,0%	58,4%	-2,7%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	64,9%	66,1%	1,8%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	63,6%	53,2%	-16,4%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	65,6%	61,4%	-6,4%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	171,80 €	144,70 €	-15,8%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	63,00 €	64,10 €	1,7%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Celasaude

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	16,3%	59,8%	266,9%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	23,0%	28,6%	24,3%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	30,3%	31,4%	3,6%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	0,9%	-55,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	52,0%	53,8%	3,5%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	60,0%	60,6%	1,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Celasaude

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	95,0%	87,6%	-7,8%
	S.Inf.Juv.	2013.028.01	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7º aniversário	98,0%	97,4%	-0,6%
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	56,3%	66,5%	18,1%
	Transversal	2013.074.01	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codific. ICPC-2	94,2%	95,0%	0,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	92,6%	89,7%	-3,1%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	145,0%	156,5%	7,9%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	17,0%	31,6%	85,9%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	52,0%	47,2%	-9,2%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	84,3%	86,4%	2,5%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	65,0%	61,0%	-6,2%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	55,0%	54,2%	-1,5%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	50,0%	44,9%	-10,2%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	70,0%	71,2%	1,7%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	170,40 €	161,50 €	-5,2%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	36,80 €	43,90 €	19,3%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	22,6%	39,9%	76,5%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	21,0%	29,3%	39,5%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	54,3%	55,1%	1,5%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	0,9%	-55,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	58,0%	52,1%	-10,2%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	85,0%	86,8%	2,1%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Condeixa

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.010.01	Taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar	71,0%	74,7%	5,2%
	Hipertensão	2013.026.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	48,0%	43,0%	-10,4%
	S.Inf.Juv.	2013.060.01	Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida	95,0%	95,5%	0,5%
Acesso	Transversal	2013.005.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo enfermeiro de família	82,0%	90,0%	9,8%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Cruz de Celas

Eixo Nacional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Acesso	Transversal	2013.006.01	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	91,0%	88,3%	-3,0%
	Transversal	2013.004.01	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	120,0%	115,3%	-3,9%
Desempenho assistencial	S. Materna	2013.051.01	Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	20,0%	21,0%	5,0%
	SM/PF	2013.052.01	Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	56,2%	50,8%	-9,6%
	S.Inf.Juv.	2013.058.01	Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	69,4%	62,9%	-9,4%
	S. Mental	2013.056.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	61,0%	59,3%	-2,8%
	Transversal	2013.047.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	56,0%	57,9%	3,4%
	Hipertensão	2013.020.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	55,0%	58,1%	5,6%
	Diabetes	2013.039.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%	74,3%	68,8%	-7,4%
Eficiência	Transversal	2013.070.01	Despesa média de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP)	148,80 €	137,10 €	-7,9%
	Transversal	2013.071.01	Despesa média de MCDT prescritos, por utente utilizador (baseado no preço convencionado)	47,90 €	50,50 €	5,4%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Cruz de Celas

Eixo Regional						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Hipertensão	2013.023.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	21,3%	54,1%	154,0%
	Hipertensão	2013.025.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	14,0%	31,2%	122,9%
	Diabetes	2013.043.01	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	38,0%	33,3%	-12,4%
Caracterização	Respiratório	2013.078.01	Proporção de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	2,0%	0,5%	-75,0%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

Eixo Local (ACES)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	SM/PF	2013.008.01	Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar (médicas ou de enfermagem)	69,0%	58,8%	-14,8%
	S.Inf.Juv.	2013.032.01	Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura registados no intervalo [11;14[ Anos	77,0%	73,0%	-5,2%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF



USF: Cruz de Celas

Eixo Local (USF)						
Área Indicador	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta contratualizada	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Rastreio oncológico	2013.046.01	Proporção de utentes com idade entre 50 -75...anos, com rastreio de cancro do colon e reto efetuado	33,0%	43,2%	30,9%
	S. Mental	2013.053.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação do consumo de álcool, registado nos últimos 3 anos	39,9%	49,5%	24,1%
	S. Adultos	2013.067.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de trimetazidina no último ano	97,1%	98,4%	1,3%
Acesso	Transversal	2013.100.01	Taxa de utilização global de consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 3 anos	95,8%	91,9%	-4,1%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

**Anexo IX - Tabelas USF Modelo B relativos a indicadores financeiros - ano 2014**

USF: Briosá

Área	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Planeam. familiar e Rastreio oncológico	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	53,0%	41,1%	-22,5%
		2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25, 60[anos, com colpocitologia atualizada	66,0%	57,8%	-12,4%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	91,0%	85,7%	-5,8%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	73,0%	62,4%	-14,5%
		2013.050.01	Proporção de puérperas com consulta de revisão de puerpério efetuada	81,0%	72,9%	-10,0%
	Saúde Infantil (1º ano de vida)	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	62,0%	64,3%	3,7%
		2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	76,5%	83,0%	8,5%
	Saúde Infantil (2º ano de vida)	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	80,7%	69,0%	-14,5%
		2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	97,6%	96,5%	-1,1%
	H. Arterial	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	88,0%	83,0%	-5,7%
		2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	74,0%	66,7%	-9,9%
	Diabetes	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	77,0%	76,0%	-1,3%
		2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	29,2%	72,0%	146,6%
		2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	88,0%	87,5%	-0,6%
	Saúde adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	85,0%	79,9%	-6,0%
		2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	80,0%	72,2%	-9,8%

Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	79,0%	73,3%	-7,2%
--------	-------------	-------------	---	-------	-------	-------

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

#### USF: Condeixa

Área	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta	Resultado	Varição
Desempenho assistencial	Planeam. familiar e Rastreio oncológico	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	55,0%	48,2%	-12,4%
		2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25, 60[anos, com colpocitologia atualizada	73,0%	62,4%	-14,5%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	50,0%	68,4%	36,8%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	70,0%	76,9%	9,9%
		2013.050.01	Proporção de puérperas com consulta de revisão de puerpério efetuada	81,0%	87,2%	7,7%
	Saúde Infantil (1º ano de vida)	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	70,0%	84,6%	20,9%
		2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	87,1%	88,1%	1,1%
	Saúde Infantil (2º ano de vida)	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	84,0%	90,0%	7,1%
		2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	96,0%	98,6%	2,7%
	H. Arterial	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	70,0%	73,6%	5,1%
		2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	60,0%	58,4%	-2,7%

	Diabetes	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	80,0%	76,0%	-5,0%
		2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	41,0%	51,4%	25,4%
		2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	82,0%	78,7%	-4,0%
	Saúde adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	95,0%	89,7%	-5,6%
		2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	63,0%	59,8%	-5,1%
Acesso	Tranversal	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	90,0%	79,3%	-11,9%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

USF: Cruz de Celas

Área	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Planeam. familiar e Rastreio oncológico	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	60,0%	54,9%	-8,5%
		2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25, 60[anos, com colpocitologia atualizada	72,5%	62,6%	-13,7%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	58,0%	51,9%	-10,5%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	56,3%	43,2%	-23,3%
		2013.050.01	Proporção de puérperas com consulta de revisão de puerpério efetuada	72,0%	61,7%	-14,3%
	Saúde Infantil (1º ano de vida)	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	60,6%	57,5%	-5,1%
		2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	74,1%	64,8%	-12,6%
	Saúde Infantil (2º ano de vida)	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	73,2%	67,9%	-7,2%
		2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	98,0%	94,6%	-3,5%
	H. Arterial	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	88,0%	87,1%	-1,0%
		2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	69,0%	69,9%	1,3%
	Diabetes	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	82,0%	79,9%	-2,6%

		2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	30,5%	76,6%	151,1%
		2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	84,0%	68,2%	-18,8%
	Saúde adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	88,0%	82,8%	-5,9%
		2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	73,3%	67,4%	-8,0%
Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	86,0%	77,2%	-10,2%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF

#### USF: Celasaude

Área	Área Clínica	Nº S.I.	Nome do Indicador	Meta	Resultado	Variação
Desempenho assistencial	Planeam. familiar e Rastreio oncológico	2013.009.01	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar	44,0%	43,9%	-0,2%
		2013.045.01	Proporção de mulheres entre [25, 60[anos, com colpocitologia atualizada	55,0%	51,3%	-6,7%
	Saúde Materna	2013.012.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna	50,0%	58,6%	17,2%
		2013.013.01	Proporção de puérperas com consulta domiciliária de enfermagem	23,5%	23,6%	0,4%
		2013.050.01	Proporção de puérperas com consulta de revisão de puerpério efetuada	55,0%	66,7%	21,3%

	Saúde Infantil (1º ano de vida)	2013.015.01	Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida	18,0%	20,0%	11,1%
		2013.016.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	66,7%	69,5%	4,2%
	Saúde Infantil (2º ano de vida)	2013.017.01	Proporção de crianças com pelo menos 3 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida	69,0%	59,3%	-14,1%
		2013.027.01	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 2º aniversário	98,0%	98,2%	0,2%
	H. Arterial	2013.018.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses	88,4%	85,6%	-3,2%
		2013.019.01	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de pressão arterial em cada semestre	66,0%	59,5%	-9,8%
	Diabetes	2013.035.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano	72,5%	72,7%	0,3%
		2013.036.01	Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano	20,3%	69,0%	239,9%
		2013.037.01	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano	76,0%	62,3%	-18,0%
	Saúde adultos	2013.098.01	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	82,0%	75,9%	-7,4%
		2013.033.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	68,0%	68,0%	0,0%
Acesso	Transversal	2013.099.01	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos	80,0%	69,7%	-12,9%

**Fonte:** Elaboração própria com base nas Cartas de Compromisso de 2014 das USF em estudo e no Relatório de Avaliação 2014 – Contratualização com as USF